

患者様名 _____ 様

担当医 _____ 担当看護師 _____

	手術当日			術後1日目
	入院時	手術前	手術後	退院日
日時	/	/	/	/
食事	<input type="checkbox"/> 飲んだり食べたりできません。	<input type="checkbox"/> 食べたり飲んだりできません。	<input type="checkbox"/> 手術終了1時間後から食べたり飲んだりできます。 <input type="checkbox"/> 夕食より食事があります。	<input type="checkbox"/> 食事はあります。
安静度	<input type="checkbox"/> 制限ありません。		<input type="checkbox"/> 手術後1時間より歩行開始です。 初歩行時は看護師へお知らせください。	<input type="checkbox"/> 歩行可能です。
内服	<input type="checkbox"/> 持参のお薬の内容を確認します。 <input type="checkbox"/> 一部中止の薬があります。() <input type="checkbox"/> 術前に痛み止め・胃薬・抗生剤を服用します。		<input type="checkbox"/> 痛みがあればお知らせください。 痛み止めがあります。 <input type="checkbox"/> 持参のお薬が再開になります。 <input type="checkbox"/> 夕食後と寝る前に抗生剤を服用します。	<input type="checkbox"/> 残った痛み止めはお持ち帰りください。 <input type="checkbox"/> 持参の薬は内服継続します。 
処置 検査	<input type="checkbox"/> 身長・体重の測定をします。 <input type="checkbox"/> 手術部位の剃毛の確認をします。 <input type="checkbox"/> 必要な場合、剃毛をします。	<input type="checkbox"/> 術前に下肢エコーの検査があります。 <input type="checkbox"/> 左手に点滴をします。 <input type="checkbox"/> ____時頃に病衣と手術用パンツに着替え、手術室に歩行で行きます。	<input type="checkbox"/> 点滴は手術が終了したら手術室で抜きます。 	<input type="checkbox"/> 創部の消毒をします。 * 出血や汚染時があればご遠慮なくお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/> 術後1日目下肢エコー検査があります。(レーザー治療のみ)
清潔				<input type="checkbox"/> 清拭・洗髪ができます。ご希望の際はお知らせください。 <input type="checkbox"/> 術後3日目からシャワー浴可能です。(/) <input type="checkbox"/> 術後7日目から入浴可能です。(/) 
その他	<input type="checkbox"/> 弾性ストッキングの確認をします。 <input type="checkbox"/> 手術承諾書を確認をします。		<input type="checkbox"/> 手術後の説明があります。	<input type="checkbox"/> 弾性ストッキングを着用します。 <input type="checkbox"/> 術後一週間は常時、弾性ストッキングを着用してください。 寝る時も装着して下さい。 <input type="checkbox"/> 一週間後からは昼間のみ装着して下さい。寝る時は脱いでいいです。

* ご質問や不明な点がありましたら看護師に声をお掛け下さい。