

乳房切除術(リンパ節郭清なし)を受けられるID: 様へ

パスコード:60006 世代:2

発行日:1900/01/00

| 項目          | 月日<br>/ | 入院日 ~手術前日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                | 術後1日目                                                                                                                        | 術後2日目 ~7日目                                                                                                                                                | 術後8日目                                                                                                                                                                      |
|-------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 手術当日(手術前)                                                                                                                                                                                                                    | 手術当日(手術後)                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |
| 達成目標        |         | <input type="checkbox"/> 手術に必要な準備ができる<br><input type="checkbox"/> 不安なく落ち着いて手術を受けることができる                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 術後の安静を守ることができる<br><input type="checkbox"/> 症状や苦痛の有無を表出できる                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 看護師と共に歩くことができる<br><input type="checkbox"/> 症状や苦痛の有無を表出できる                                           | <input type="checkbox"/> 傷の痛みのコントロールが行え、日常生活を支障なく送れる<br><input type="checkbox"/> 退院後の注意点が理解できる                                                            |                                                                                                                                                                            |
| 治療          |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 心電図を付けます<br><input type="checkbox"/> 酸素吸入を行います<br><input type="checkbox"/> 翌朝まで全身状態の観察を行います<br><input type="checkbox"/> 胸に管が入ります                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 酸素吸入と心電図を外します<br>(午前手術の方は前日に外します)<br><input type="checkbox"/> 医師が傷の状態を毎日みます                         | <input type="checkbox"/> 胸の管は出てくる液が少なくなってくると抜けます                                                                                                          |                                                                                                                                                                            |
| 処置          |         | <input type="checkbox"/> 下肢の測定をします<br><input type="checkbox"/> 爪切り・マニキュアを落として下さい<br><input type="checkbox"/> 指輪をはずしてください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓予防のストッキングをはきます<br><input type="checkbox"/> 入れ歯、時計、指輪、ピンなどは外してください                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              | このような症状が出たら受診して下さい<br><br>38 以上の発熱<br>傷の痛みが増す<br>むくみ・しびれが増す<br>手術側のケガ、熱をもつ、腫れる、痛みがある                                                                      |                                                                                                                                                                            |
| 点滴          |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 点滴は手術室でします<br>                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 食事が半分以上摂取できれば点滴が抜けます                                                                                |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |
| 食事          |         | <input type="checkbox"/> 夕食以後、食事はできません<br><input type="checkbox"/> 19時よりOS-1、水、お茶のみ摂取可です<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 食事はできません<br><input type="checkbox"/> 水分摂取は( )時までです<br>                                                            | <input type="checkbox"/> 食事はできません<br>(午前手術の方は夕より普通食が開始します)<br><input type="checkbox"/> 水分摂取は5時間後よりできます(看護師より説明があります)<br>                                                    | <input type="checkbox"/> 朝から普通食が開始します<br> |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |
| くすり         |         | <input type="checkbox"/> 持参薬の確認をします<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 持参されたお薬は、医師の指示がない限り内服しないで下さい(看護師より説明があります)                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 内服薬の再開の予定です(看護師より説明があります)<br>(午前手術の方は前日より再開します)                                                     |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |
| 活動・安静度      |         | <input type="checkbox"/> 特に制限はありません<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <br><input type="checkbox"/> ベット上で安静にして下さい<br>(午前手術の方は問題がなければ、5時間後よりトイレまで歩行ができます。)<br><input type="checkbox"/> 床ずれ予防のため体の向きを変えるお手伝いをします | <input type="checkbox"/> 手術後初めて歩く時、看護師が付き添います<br><input type="checkbox"/> 歩行ができます<br><input type="checkbox"/> リハビリを開始します<br>                                              | <input type="checkbox"/> 制限はありません                                                                                            |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |
| 清潔          |         | <input type="checkbox"/> 通常通りシャワー浴をして下さい<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 蒸しタオルで拭きます<br> | <input type="checkbox"/> 胸の管が入ったままでも3日目からシャワーができます(看護師より説明があります)<br> |                                                                                                                                                                            |
| 排泄          |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 手術室で尿の管を入れます                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 歩行後、尿の管を抜きます<br>(午前手術の方は前日に抜きます)<br>その後トイレに行けます                                                     |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |
| 患者様及び家族への説明 |         | <input type="checkbox"/> お名前確認のため、ネームバンドを付けます<br><input type="checkbox"/> 手術前後の流れについて看護師より説明します<br><input type="checkbox"/> 手術の同意書を看護師に渡して下さい<br><input type="checkbox"/> 手術までに看護師より呼吸の方法やうがいの仕方の説明があります<br><input type="checkbox"/> 手術までに看護師より準備物品の確認があります<br><input type="checkbox"/> 手術室看護師の訪問があります<br><br>■手術に際して準備していただく物<br><input type="checkbox"/> テープ式の紙オムツ1枚<br><input type="checkbox"/> 吸い飲みもしくは先の曲がるストロー、コップ<br><input type="checkbox"/> ビニール袋2枚(靴と寝衣を入れます)<br><input type="checkbox"/> 術後の下着(ブラジャー)を準備される場合<br>→柔らかい素材のワイヤーなしブラトップタイプ | <input type="checkbox"/> 手術は( )からの予定です<br>なお、他の手術の進行具合により時間が変更になることがあります<br>                                                             | <input type="checkbox"/> 主治医よりご家族に手術内容についての説明があります<br><input type="checkbox"/> 手術前に説明した、呼吸法やうがいができるようにお手伝いします<br><input type="checkbox"/> 痛みのあるときは我慢をせずナースコールでお知らせ下さい<br> | <input type="checkbox"/> 痛みのあるときはお知らせ下さい                                                                                     | <input type="checkbox"/> 痛みのあるときはお知らせ下さい<br><input type="checkbox"/> 退院後の生活について看護師より説明があります                                                               | <input type="checkbox"/> 10時頃退院となります<br><input type="checkbox"/> 看護師より退院時の説明があります<br> |
|             |         | わからない点や質問があれば遠慮なく看護師にお尋ねください<br>病状により経過や入院日数に変更することがあります                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |

注)この予定表は現時点で考えられるものであり、検査、治療、内容や入院期間等は病状にあわせてその都度変更する場合がありますのでご了承下さい。  
主治医