




















入院診療計画書（結腸切除術を受けられる方へ） 経口補水用

診療科：消化器外科 入院病棟： 患者ID：  
 病名： 患者氏名：  
 症状： 入院期間：約 日間

経過 (日付)	入院日 ～手術前日	手術当日		術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目	【退院予定日】	退院後
		手術前	手術後								
月 日～		月 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
到達目標	手術の準備(必要書類・必要物品の準備)ができる。手術内容を理解し、手術を受けることに同意している。分からないことを医療者に尋ねることができる。	絶飲食の時間を守ることができる。	痛いときは我慢せず過ごすことができる。	痛み止めを使いながら立位～歩行できる。	尿管が抜け、病棟内を歩行することができる。	痛みのコントロールができています。	水分や食事摂取後に発熱・腹痛がない。排便コントロールができる。	シャワーが自立して行なえる。	退院に支障となる合併症が認められない。	【退院の目処】退院後の生活について注意事項が理解できる。	
治療・処置	・身長、体重測定をします。 ・内服薬の確認をさせていただきます。 ・OS-1を1本飲みます。 ・臍の処置をします ・麻酔担当医師の診察があります。	【午前の手術】 飲水止めまでにアルジネードウォーターを2本飲みます 【午後の手術】 飲水止めまでにOS-1を1本とアルジネードウォーターを2本飲みます ・血栓予防のストッキングをはきます。 ・手術用の病衣に着替えます。 ・義歯・メガネ・時計などの貴重品は外してください。	・24時間点滴と抗生剤の点滴があります。 ・痛みに対しては、痛み止めなどの援助をさせていただきます。 ・必要時、吐き気止めを行います。 ・鼻から管が胃に入ります。 ・酸素マスクをつけます。 ・お腹に管が入っています。				・状態を見ながらお腹の管を抜きます。 ・食事をみて点滴を終了します。				☆退院後に退院後初回外来受診日までには異常を感じましたら受診日をお伝えいただけます。待たずに受診してください。
検査	採血があります。 		手術室でレントゲンがあります。	採血があります。 		採血があります。 			採血があります。 		
安静	制限ありません  安静度フリー		帰室後ベッド上安静です  ベッド上安静	歩く練習を始めます 	床ずれや腸閉塞の予防につながるため、歩行練習を積極的にしましょう					退院です。 	
食事	入院後は低残渣食が出ます。手術前々日の夕から絶食です。	絶飲食 		医師の指示で、飲水ができるようになります。 		昼から希望食(主食：小)が始まります					
排泄	・昼食後と、17時に下剤(ピコスルファートナトリウム液 1/2本ずつ)を飲みます。 		尿管が入ります		・ガスが出たらお知らせください。 ・状況に応じて尿管を抜きます。抜いた後は、尿量を測定してください。 ・排尿後に超音波で残尿をはかります。						
清潔	入浴またはシャワー  シャワー	歯を磨いてください	うがいをしましょう	・歯を磨きましょう ・体を拭きます 				・お腹の管が抜けたら、シャワーに入れます。			
リハビリ				歩く練習をしましょう 							
説明	・入院時オリエンテーション ・医師から手術についての説明があります。(外来で行われていない場合) 	家族の方は、手術開始の2時間前までに病院にお越しください	家族の方へ手術後の説明があります	本人様へ手術後の説明があります				・服薬指導(必要時)		退院時指導	

※今回の入院につきまして現時点での診療計画は以上の通りです。なお、この説明は現在の病状から予測される範囲のものです。  
 特別な栄養管理の必要性 有・無 無 ※病状等に変化がございましたら、その都度ご説明をさせていただきます。ご不明の点がございましたらお申し出ください。  
 総合的な機能評価 該当する場合別紙にて評価 上記の入院診療計画について説明を受け、了承しました。

主治医： 担当看護師： 担当薬剤師： 患者(家族あるいは代理人)署名  
 説明者： 説明日：西暦 年 月 日 氏名：