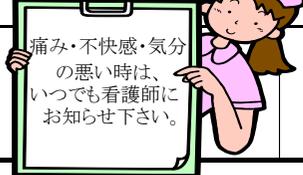


<入院診療計画書>
クリニカルパス

前立腺レーザー蒸散術

Pt-ID: _____
歳 性別: _____

主治医: _____
担当看護師: _____

経過 月日	入院日(手術日前日)	手術当日(術前)	手術当日(術後)	手術翌日	術後2日目	術後3日目
		1月1日		1月2日	1月3日	1月4日
食事	常食 (22時以降絶食) 絶飲水は手術時間によって変わります	絶飲食	水分摂取(帰宅後3時間後) 食事が出来ます(夕食)	常食 (または治療食)	 常食	常食
安静度 活動	病院内自由	病室内自由	麻酔開始後3時間までベッド上安静。その後ベッドで座れます。麻酔開始後5時間で安静解除。歩行開始は看護師が付き添います。 ※詳しい時間は帰宅時にお伝えし	病棟内自由	病院内自由	病院内自由
清潔	入浴可	洗面・歯磨き可		 シャワー浴可	シャワー浴可	シャワー浴可
排泄 便 尿	トイレ トイレ(排尿チェック)	トイレ	ベッド上排泄	トイレ トイレ(排尿チェック)		
検査	術前検査があります			採血があります		
投薬	点滴注射	 (:)からしま	・手術後点滴をします 			
	内服	常用薬についてお聞きします	・常用薬を服用します	・夕食後より常用薬は再開です		
処置	・入院時診察	・術衣に更衣します ・弾性ストッキングを着用します		・更衣します		
診察			・手術後診察			
観察	看護婦が定期的にお伺いします					
説明・指導	 オリエンテーション (入院時・手術前) 蓄尿指導	 服薬指導 (薬剤師)	 手術後説明 (家族)	 水分摂取指導 服薬指導		
備考 (その他)	手術に必要な物品 ・ふんどし1枚 長方形オムツ1枚 ・バスタオル1枚 ストロー1本 (全て売店にあります)		 痛み・不快感・気分 の悪い時は、 いつでも看護師に お知らせ下さい。			・医事請求があります 

注意1) 上記の入院診療計画書については、あくまで予定であり、状況に応じて変わる事があります。

注意2) ご不明な点がございましたら、主治医・看護師等にお尋ねください。

医療法人
原三信病院

福岡市博多区大博町1-8
TEL(092)291-3434
FAX(092)291-3424