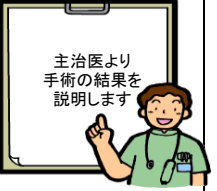


ID		患者様名		病名	☒ 前立腺腫瘍 ☐	特別な栄養管理の必要性	☒ 無 ☐ 有	★退院指導★							
看護師		薬剤師		栄養士		症状		リハビリ計画	☐ 無 ☒ 有	外来診察担当医					
理学療法士				治療日			時	総合的な機能評価	問題なし	()					
日付												～	外来受診日		
経過	入院日・手術前日	手術当日		術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目	術後7日目	術後8日目	術後9～10日目	年	月	日
目標	不安なく手術を受けることができる 術後をイメージして骨盤底筋体操を実施できる		痛みや不安を看護師に伝えることができる	痛みが緩和され傷口からの出血がない 血尿の増悪がない	痛みのコントロールができる 活動範囲を広げることができる		尿が出にくかったり残った感じがなく過ごすことができる		退院後の生活について理解ができる						
点滴	特にありません		手術室から持続点滴が始まります 痛み止めの点滴と抗生剤があります	持続点滴があります 痛み止めと抗生剤は夜で終了です	食事が半分以上摂取できれば点滴を抜きます	特にありません									
内服	内服しているお薬があれば看護師にお知らせください 抗血栓薬、糖尿病薬は医師の指示にて中止になります 手術前日の寝る前に下剤があります	朝の内服 (有・無) 医師の指示があります		ありません	持参薬が再開になります	抗血栓薬、糖尿病薬は医師の指示で再開となります 指示どおり内服してください									
検査	血液検査があります	ありません		術後1日目と3日目に血液検査があります			ありません		術後6日目にレントゲン検査 術後7日目に検尿と血液検査があります		ありません				
処置	おへその掃除をします	手術前に 深部静脈血栓予防のための靴下をはきます	心電図や酸素をつけます 術後状況に応じて外します 深部静脈血栓予防の器械を術後6時間つけます 適宜検温や傷口の観察を行います	適宜検温を行います											
活動	特に制限はありません		ベッド上安静になります 体勢を変えたい場合はナースコールでお知らせください	医師の診察後制限がなくなります 初回歩行は、看護師が付き添います			特に制限はありません								
食事	入院時より絶食です 経口補水液500ml2本を翌朝までに飲んでください	水分は_____時以降飲めません	絶飲食です	医師の診察後飲水できます 初めて飲水するときは看護師がお手伝いします	医師の診察後全粥から食事が始まります			回復に応じて普通食になります							
清潔	ひげそりをしてください 自宅で入浴して来院してください	手術前に洗面、歯磨きをしてください	特にありません	体を拭きます 尿の管が入っている時は、おしもを洗います			シャワーができます(傷口の管がある場合は抜けてからシャワーができます) シャワーの時は、傷を優しく泡で洗い流すようにしてください								
排泄	手術前に排泄をすませてください		尿の管が入ってきます 排泄はベッド上で行います 看護師がお手伝いします	歩行できるまで排泄はベッド上で行います 看護師がお手伝いします	尿の管が入っています トイレで排泄ができます		レントゲンの結果で尿の管が抜けます	トイレで排泄ができます							
指導	骨盤底筋体操を術前から行います 看護師が指導します	わからないことや不安な事があれば看護師にお尋ねください	痛みは我慢せずナースコールでお知らせください	尿が血尿表の3以上になった時は看護師にお知らせください いきむと血尿が濃くなりますので毎日排便が出るようにしましょう 体を動かすことにより腸の動きをよくしたり血栓リスク、傷の感染予防になります 骨盤底筋体操が正しくできているかを毎日確認します											
説明	手術室看護師と麻酔科医師の訪問がありますので 自室で待機してください 外来で渡された手術の同意書類をお持ちください 血尿表の見方を説明をします	義歯・指輪・時計・コンタクトレンズ・湿布は外してください ロングヘアは束ねてください		主治医より手術の結果を説明します				尿の管が抜けた後しばらくは血尿や排尿時痛などがあります		退院後の注意点・次回受診など説明をします 午前10～11時頃に退院となります 精算については事務員が病室へ説明に伺います 土日、祝日退院の精算は後日となります 退院時血尿表は看護師にお返しください					
緊急連絡先															

※上記内容は現時点で考えられるものであり、今後変わり得る場合があります。

説明日: 20 年 月 日 主治医(説明医):

Ⓜ (署名もしくは捺印)

完成後はコピーを1部取り、病棟用ファイルに入れ、原本を患者様にお渡し下さい。

本人/家族等:

続柄: