

下肢静脈瘤の手術をお受けになる患者様へ

病名: _____

病棟 _____ 病室 _____

主治医: _____ 印 推定入院期間: _____ 日程度

患者氏名: _____ 様 (ID: _____)

説明者: _____ (/) 症状: _____

患者又は家族署名: _____ (続柄: _____) 特別な栄養管理の有無: 有 無

日時	入院日(/ /)~手術まで	手術当日(/ /)	退院(/ /)
経過	手術前	手術後	手術後1日目
達成目標	手術・麻酔に臨める準備ができる。	疼痛コントロールができる。術後歩行ができる	退院後の生活の注意点を知ることができる
治療薬剤	現在内服されている薬は、他院のものも含めて持参して下さい 医師から内服を中止するよう指示があった場合、指示に従って下さい  <ul style="list-style-type: none"> ・手術前に点滴を行います。 	・手術後、点滴は終了し針を抜きます。点滴が残っていても終了になります。 ※痛みがある場合は痛み止めを内服します。 	痛みがある場合は痛み止めを内服します。 ・中止薬がある場合、いつから内服を再開するか確認しお伝えします。 退院時に痛み止めをお渡しします。
処置	<ul style="list-style-type: none"> ・体温、血圧、脈などを測ります。(入院中) ①手術着に着替えます。ネームバンドを装着します。 ②剃毛(手術部位の毛を剃ります) ・貴金属、時計などは、外して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術後は、傷に絆創膏を貼って、包帯を巻いているか、弾性ストッキングを履いています。 	退院時に痛み止めをお渡しします。
活動	制限はありません。	<ul style="list-style-type: none"> ・手術室から病室へ車椅子で戻ります。 ※手術後から歩けます。 栓ができるのを防ぐためにも歩きましょう。 	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> 足の静脈環流を妨げる姿勢 (正座、あぐら、和式トイレ、長時間立つ、座る)は避けましょう。 </div>
清潔	手術まで入浴、シャワーは可能です。	入浴、シャワーはできません。	シャワー浴が可能です。
排泄	手術前にトイレを済ませて下さい。	手術後もトイレに行けます。	
食事	いつも通りお摂りいただきます。手術前は半分の量の食事ができます。(医師へ食事内容を確認し、指示通りの食事となります。)		
栄養管理	入院時に、医師・看護師・管理栄養士によって栄養状態を評価をし、必要に応じて入院栄養指導を行います。		
患者様及び御家族への説明生活指導	<ul style="list-style-type: none"> ※医師より手術の説明があります。印鑑をご持参ください。 同意書は、その時にお渡しします。 ※御家族の方も一緒にお越し下さい。 ・購入した弾性ストッキングを持参して下さい。 入院時に看護師に渡して下さい。 手術後に弾性ストッキングを履きます。 ・入院後、看護師から手術について、入院生活についてオリエンテーションを行います。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>●退院指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術したほうの足も絆創膏とフィルムテープを貼ったままシャワーが可能です。 ・退院後の受診まで、足の絆創膏とフィルムテープ・ストッキングは外さないで下さい。 ・弾性ストッキングは、術後2週間は履いて下さい。(寝るときには外して良いです) ・退院後の外来受診で抜糸が必要な場合は抜糸をします。  </div>		

※入院期間については現時点で予想される期間です。状態に応じて変更になる場合もあります。ご不明な点は遠慮なくお聞き下さい。