

経尿道的前立腺切除術を受けられる方へ

主治医: _____ (印)

説明者: _____ (/)

患者氏名: _____ 様 (ID: _____) 病棟: _____ 病室: _____ 本人又は家族の方の署名: _____ (本人との続柄: _____)

病名:	推定入院期間:	日程度	症状:	特別な栄養管理の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-----	---------	-----	-----	---

達成目標	入院日 (/)	手術前日 (/)	手術当日 (/)		術後1日目 (/)	術後2日目 (/)	術後4日目~ (/)	術後7日目 (/) 退院
			術前	術後				
達成目標	精神的・身体的に不安なく手術に臨むことができる			手術侵襲から順調に回復過程が進み、術後合併症を起こさず経過できる				
処置薬剤		眼前に下剤を内服します	手術着に着替え、弾性ストッキングをはきます 点滴を開始します	血液が貯まらないように生理食塩水で翌朝まで洗浄します 点滴は術後2日目まで行います	血尿や発熱が続けば点滴または内服をしていただくこともあります			
検査		採血があります		術後に採血を行います	採血があります 			
排泄			排便の有無を確認します	尿道に管が入ります 術後はベッド上安静となるので便器で排便をしていただきます 排便時力まないようにしてください		異常がなければ医師にて管を抜きます 管が抜けたら尿は袋に貯めて下さい		
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し、必要に応じて入院栄養指導を行います							
食事	医師の指示された食事をさせていただきます	()時以降 絶飲食をさせていただきます	絶飲食になります 	麻酔が醒めた後、医師の許可にて飲水・食事が始まります (午前中の手術なら夕食から全粥がです)	術前と同じ食事が始まります			
活動	制限はありません 夜、眠れないようでしたらお知らせください		処置がありますので、洗面後は部屋でお待ちください	翌日朝の医師の回診まで、ベッド上で安静にしてください		制限はありません		制限はありません
清潔	入浴・シャワー浴をして体を清潔にしておいてください 入浴日 火・水・金 シャワー浴 毎日		洗面を済ませてください 歯磨き・うがいも行って下さい			タオルで体を拭きます		管が抜け医師の指示がでたらシャワーができます
注意事項説明	手術内容・入院期間について医師より説明があります (外来で済んでいることがあります) 必要物品の説明・確認を行います 同意書の記入・提出 (術当日の朝までに必ず提出してください)		術前オリエンテーションを行います 麻酔科医師が手術の説明にきます (絶飲食の説明もあります)	指輪・時計などの装身具や貴重品は手術前までに外し、家族の方に渡しておいてください 髪の長い方は束ねておいてください ※ピンは必ず外しておいてください	痛みやお腹の張りがあつたら申し出てください 痛み止めの点滴をします 		医師の指示で退院が決定します 	

※入院期間については現時点で予想される期間です。今後、状態の変化等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ください。