






鼠径ヘルニアの手術を受けられる患者さまへ

ID @PATIENTID

患者用クリカルパス

年 月 日

病名	鼠径ヘルニア		お名前 @PATIENTNAME 様	本人・家族
月 日	/		/ (入院日)	
経過	外 来		手術当日(手術前)	手術当日(手術後)
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ◇手術に同意している ◇手術前の検査ができています 		<ul style="list-style-type: none"> ◇手術に同意している ◇手術前の準備ができています ◇38℃以上の発熱がない 	<ul style="list-style-type: none"> ◇創部からの出血がない ◇痛み止めの薬で痛みが軽減できる ◇38℃以上の発熱がない
治療・薬剤 (点滴・内服) 処置	<ul style="list-style-type: none"> ・術前の検査があります ・内服薬を確認します(入院時にお持ちください) 		<ul style="list-style-type: none"> ・身につけているもの(時計・入れ歯・コンタクトレンズなど)を外してください ・手術30分前に手術着に着替えます 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術中から点滴があります ・点滴は終わり次第、針は抜きます 
活動・安静度			手術前は病棟内でお待ちください	術後1時間はベッド上安静で、その後歩行できますがトイレ・洗面程度にしてください。
食事	<input type="checkbox"/> 午前手術 <ul style="list-style-type: none"> ・食事は前日の夕食までです。 朝ごはんは食べずにお越しください。 ・水分(お茶か水)は朝7時までです 	<input type="checkbox"/> 午後手術 <ul style="list-style-type: none"> ・朝ごはんを食べてお越しください ・昼食は栄養ドリンクが2本あります(昼食後は絶飲食です) 		手術後1時間より、水分・食事がとれます 食事再開時から、定期的痛み止めの内服がありません 
患者様及びご家族への説明 栄養指導 服薬指導 在宅復帰支援 計画 総合的な機能評価	入院日時: 月 日 時 入院病棟: 病棟 <ul style="list-style-type: none"> ・入院の手続きは「入院のご案内」の2.3頁をご覧ください。 入院に必要な書類を確認して手続きをしてください ・手術同意書は署名し、入院時に病棟看護師に提出してください ・この用紙は入院診療計画書です。入院時にお持ちください ・手術の必要物品は、右の通りです 		<ul style="list-style-type: none"> ・手術前に医師の診察があります ・手術中は、できれば家族の方の待機をお願いいたします 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術後は病室で経過を観ていきます ・痛み・吐き気などがありましたらお知らせください ・術後、医師より手術結果の説明があります 
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 《手術の必要物品》 前開きのパジャマ 1枚 バスタオル 1枚 タオル 2枚 </div>		《退院後の生活について》 <ul style="list-style-type: none"> ・1ヶ月位は重い荷物を持ったり、腹圧のかかる動作は避けてください ・便秘にならないように注意してください ・シャワー浴はできます。入浴については、外来受診時に主治医に確認してください ・車の運転は1週間くらい避けたほうがいでしょう ・次回外来受診日は、退院時に説明します ・診察券を必ずお受け取りください ・異常がありましたら、外来受診してください お大事に !! 

*病名、入院期間等は現時点で考えられるものであり、治療・検査等を進めるにしたがって変わることがあります。そのため、退院日が変更になる場合があります。