

胸腔鏡下肺部分切除手術を受ける方へ

患者氏名： _____ 様

主治医氏名： _____

担当看護師名： _____

月日	／	／	／	／	／	／	／
経過	外来	入院時(術前日)	手術当日(術前)	手術当日(術後)	術後1病日～2病日	術後3病日～8病日	退院日
目標	<ul style="list-style-type: none"> 手術に必要な検査を受けられるように援助します。 禁煙することができるように援助します。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術に対する不安が最小限にとどめられ、安心して手術に望むことができるように援助します。 		<ul style="list-style-type: none"> 苦痛、創痛が最小限に抑えられ、重篤な合併症がなく経過できるように援助します。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活について理解でき、準備できるように援助します。 		
検査処置	<ul style="list-style-type: none"> 手術に必要な検査を行います。 血液検査・尿検査・心電図・肺機能検査 レントゲン撮影 必要時、CT撮影・MRI撮影・PET-CT 一部の検査は入院してから行うこともあります。 	<ul style="list-style-type: none"> ご本人確認のため、リストバンドを装着します。 身長、体重、ふくらはぎ、胸囲の測定を行います。 わき、胸、背中 of 体毛が濃い場合は剃らせて頂きます。 血液検査とレントゲン撮影があります。 静脈血栓予防のためにハイソックスをはきます。 入浴後に点滴ラインの確保を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術着に着替えます。 	<ul style="list-style-type: none"> 心電図、酸素の管、点滴、ドレナージ(肺の管)、背中に痛み止めの管などが入ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎日、ドレナージ(肺の管)と傷口の観察を行います。 状態に応じて、体に入っている管を抜きます。 適時、血液検査やレントゲン撮影を行います。 長時間の圧迫を避けるために、ハイソックスの履き直しを行います。 痰の上昇を促すために、吸入を1日3回行います。 		
投薬(内服)	<ul style="list-style-type: none"> 日頃飲んでいる薬の確認を行いますので、入院時お薬をお持ち下さい。 休止薬については医師の指示に従って下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 飲んでる薬を確認しますので、看護師にお渡し下さい。 お薬はすべて看護師管理となります。 寝る前に眠剤を飲むことができます。 ご希望時、看護師にお伝え下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示で少量の水で薬を飲むことがあります。 		<ul style="list-style-type: none"> 手術の翌日の昼から痛み止めを飲みます。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の薬の説明があります。 	
投薬(注射)	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病で自己注射(インスリン)しているものがありましたら、お持ち下さい。 		<ul style="list-style-type: none"> 朝から点滴を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 抗生剤の点滴を行います。 食事の変り点の点滴を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 抗生剤の点滴を行います。 食事の量に合わせて点滴が減ります。 		
安静	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 外泊、外出はできません。 		<ul style="list-style-type: none"> ベッド上で過ごします。 看護師が体の向きを変えます。 	<ul style="list-style-type: none"> 病棟内を歩くことができます。 		
食事	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありませんが医師の指示がある場合は指示に従ってください。 	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありませんが医師の指示がある場合は指示に従ってください。 21時より食べたり、飲んだりすることができなくなります。 	<ul style="list-style-type: none"> 食べたり、飲んだりできません。 		<ul style="list-style-type: none"> 主治医の指示がでたら食事が食べられます。 		
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。 爪を切り、マニキュアは落として下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 入浴をしてもらいます。 ※入浴時間について看護師より説明があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 髭剃りをして下さい。 化粧はご遠慮下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 温かいタオルで体を拭きます。 	<ul style="list-style-type: none"> すべての管が抜けたら、シャワー浴ができます。 		
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術室に入る前にトイレに行ってください。 	<ul style="list-style-type: none"> 尿道に管が入ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 尿道に入っている管を抜き、その後、排尿確認します。 		
リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> 担当の理学療法士が呼吸訓練(リハビリ)について説明を行います。 呼吸訓練装置“コーチ2”を購入して頂きます。(総合医療センター3階売店にて) 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリの先生と一緒に呼吸訓練を行います。 呼吸訓練装置“コーチ2”の確認を行います。お持ち下さい。 			<ul style="list-style-type: none"> リハビリの先生と一緒にベッドから起き上がり、歩行の訓練を行います。 呼吸の訓練を行います。 		
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> 看護師より、“入院治療経過表(当用紙)” “ICU・HCUのご案内(白)” 以上2枚の用紙をお渡しし、入院の説明を行います。 禁煙の説明を行います。 緊急の連絡先を2ヶ所確認致します。 薬、食事などのアレルギーの確認を致します。  <p>【入院時必要な物】</p> <ul style="list-style-type: none"> “入院治療経過表” ・ コーチ2 ・ お薬 他、“入院のご案内”参照 術後病棟では、レンタル(病衣、バスタオル、タオル、コップ、洗面器、スリッパ)を利用して頂きます。 	<ul style="list-style-type: none"> 保険外負担の同意書、問診表を提出してください。 入院診療計画書をお渡しいたします。 入院生活についてお話いたします。 看護師より手術に関する説明を行います。 手術家族控室の説明を致します。 持ち物には全てマジックで名前を書いてください。 入院後、必要があればバスタオルを購入して頂きます。(総合医療センター3階売店にて) 麻酔科の医師の診察があります。 診断書等が必要な場合は、看護師にお知らせください 医師より手術の説明を行います。 <p>入院後に日時を決定します。(月 日 時)</p> <p>その後、手術・輸血の同意書を提出して頂きます。</p> 	<p>【ご家族へ】</p> <ul style="list-style-type: none"> (午前・午後)の手術のため、(8時・11時)までに病棟にお越し下さい。 術後に必要な荷物のみ転出先に持参しますので整理して下さい。荷物を病棟でお預かりする事はできません。 手術中、ご家族の方(3名以内)は手術家族控室でお待ち下さい。 手術中、お一人は必ず手術家族控室にてお待ちください。 家族控室にて看護師よりICU・HCUの説明を行います。 手術後、主治医より手術内容の説明があります。 携帯に連絡が入りましたら、術後説明室にお入りください。 ICU・HCUでの付き添いはできません。 	<ul style="list-style-type: none"> 状態に応じて一般病棟に移ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院の説明を行います。 次回受診日の説明を行います。 		

この表はおおよその経過をお知らせするものです。患者様の状態によっては予定通りいかないこともあります。ご了承ください。

竹田総合病院 呼吸器外科 2024年 7月改訂

本人・家族： _____

印 _____