

ヘルニア(ソケイ・臍・腹壁)の手術を受けられる方へ

入院診療計画書

作成日:

ID		患者様名		病名	☐ 鼠径ヘルニア ☐	特別な栄養管理の必要性	☒ 無 ☐ 有	
看護師				症状	☐ 特になし ☐	リハビリ計画	☒ 無 ☐ 有	
				手術日		時予定	総合的な機能評価	問題なし
日付								
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
		手術前	手術後					
目標	不安なく手術を受けることができる			痛みが最小限で安楽に過ごせる	術後早期離床できる		日常生活に戻ることでできる	
点滴	ありません			手術後は点滴が始まります	点滴は午前中で終了です		ありません	
内服	抗凝固薬・糖尿病薬は 医師の指示にて中止となります 寝る前に下剤をお渡しします			()時に指示のある 薬のみ少量の水で内服 (有・無)	ありません	医師の指示にて持参薬を開始します 抗凝固薬や糖尿病薬等は 医師の指示にて再開となります		
検査	特にありません							
処置	へその処置をします			ありません	心電図モニター・酸素・下肢に 深部静脈血栓予防の器械をつけます (手術後経過をみながら外します)	適宜、検温や血圧測定を行い、傷の観察をします 傷のテープは手術2日後に剥がします		
活動	制限はありません			手術までに術衣へ着替え、 血栓予防の靴下を履きます 靴下は手術前日に渡します	医師の指示で術後3時間後より ベッド上に座りトイレまで歩行可能です 看護師が付き添いますので ナースコールでお知らせ下さい	歩行可能です 活動に制限はありません		
食事	夕食まで食事が出ます 夕食後から絶食になります。OS-1かポカリスエット2本を () 時まで2本飲んで下さい 糖尿病がある方はお水を2本飲んで下さい			水分は ()時から 中止です	4時間後より水分摂取可能になります 最初の飲水は看護師が介助します	朝から食事開始となります		
清潔	ご自身で入浴がシャワーをすませて ご来院下さい			麻酔の管が口から 入りますので 手術室に行く前に 歯磨きをしておください	ありません	翌日からシャワーが可能です 次回の外来まで感染予防のためシャワーのみにして下さい 入浴は次回の外来まで控えて下さい 傷は石鹸で優しく洗うようにして下さい		
排泄	制限はありません			トイレをすませて下さい	手術中に尿の管が入る場合があります 歩行ができれば抜く予定です	尿の管を抜きます 血尿や尿の出にくさ があればお知らせ下さい		
指導	分からないことや不安なことがあれば 遠慮なく看護師にご相談下さい			看護師が手術室に ご案内します ご家族は手術開始予定の1時間 前には病棟にお越し下さい	痛みは我慢せずお知らせください 点滴の痛み止めがあります 水分が開始になれば 痛み止めの内服薬もあります ※何かある時には遠慮せずに ナースコールを押してください	体を動かすこと(離床)は 術後合併症の予防になります 痛みは鎮痛剤でコントロールし 積極的に離床しましょう		
説明	外来で渡された手術や麻酔の同意書に サインをして提出して下さい その他の書類もご提出をお願いします 指輪・時計・入れ歯・コンタクト・ヘアピン 湿布類は外して下さい。長髪は束ねて下さい			手術開始時間は 予定時間より前後します ご了承下さい 出棟時間が決定次第、 看護師よりお伝えします	麻酔から覚めるまで数時間かかります	初回歩行は看護師が付き添います 2回目以降も歩行に不安があれば 付き添います 遠慮なくナースコールでお知らせ下さい		

★退院指導★



外来診察担当医

()

外来受診日

年 月 日

時 分

検査
予定日 内容 ()

年 月 日

時 分

退院時の
お薬 有・無

・手術後2-3ヶ月程は激しい運動や重い物を持つのは避けましょう。
制限はありませんがお腹に力が入るような行動は控えて下さい

・便秘に気を付け食物繊維を多く摂取し、規則正しい排便習慣をつけましょう。

・傷の異常(赤み・腫れ)や高熱が出た場合は外来受診して下さい

・入浴は次回外来まで控えて下さい。シャワー浴は可能です。傷は毎日石鹸で優しく洗浄し、清潔を保つようにして下さい



緊急連絡先:072-469-3111
平日:8:45~17:00 Bブロック
時間外は救急外来へ連絡して下さい



※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。

※何かある時には遠慮せずにナースコールを押してください※

りんくう総合医療センター 8海病棟 作成：2025.03
改訂：2025.09

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：