

ID	患者様名	病名	<input type="checkbox"/> 甲状腺癌・甲状腺腫瘍 <input type="checkbox"/>	特別な栄養管理の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	★退院指導★		
看護師	薬剤師	栄養士	症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/>	リハビリ計画	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	外来診察担当医	
			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～手術日前日		手術当日		術後1日目	術後2～4日目	術後5日目	退院日
目標	手術の流れを理解し、不安な事を質問できる		痛みや不安を看護師に言う事ができる		痛みがある場合看護師に言うことができる	痛みや出血がなく入院生活を送ることができる	退院に向けて準備ができる	テーピング療法について知ることができる
点滴	ありません	13時以降の手術の方は病棟で持続点滴を開始します	手術後より持続点滴があります 帰宅後止血剤・抗生剤の点滴があります 点滴は翌朝までおいておきます		朝の採血で問題が無ければ点滴の針を抜きます		ありません	
内服	手術前は、糖尿病薬や抗血栓薬(抗凝固・抗血小板薬含む)薬は基本的に中止です 持参薬については、医師の確認後、服用について指示があります		朝の内服(有・無) ()時までに内服してください		内服はありません		・医師の指示により持参の薬が再開となります ・中止薬の再開は看護師より説明します ・自己で薬を管理していた方は状態が安定した際に返却します ・手術翌日より5日間抗生物質が開始となります	
検査	ありません		手術2時間後に採血があります		朝6時に採血があります	手術後5日目に採血があります 他に必要であれば説明をします		
処置	ありません		心電図モニターと酸素のマスクをつけます 術後4時間後に外します 傷に管が入っています			傷の管は状態を観察しながら退院日までに抜去します 検温は状況に合わせて適宜行います		
活動	制限はありません		手術後4時間はベッド上安静です 初回の歩行は看護師が付き添います			院内であれば制限はありません		
食事	夕食後から絶食です 		朝から絶食です 飲み物は水かお茶にしてください 水分も()時以降は飲めません		手術4時間後に初回水分摂取を看護師の見守りのもと行います 許可がでたら水分摂取と軽食摂取が可能となります		朝より食事再開となります	食事に制限はありません
清潔	手術前日にシャワー浴をしていただきます		手術当日の入浴はできません		手術前に洗面と歯磨きをしてください		ありません	午前中に身体を拭きます 傷の管があるためお手伝いをします
排泄	制限はありません		手術前に排泄をすませておいてください		4時間後より歩いてトイレに行く事が出来ます 初回歩行は付き添います 4時間以内に尿意・便意があれば看護師にご相談下さい 手術後に尿の管が入る場合があります 4時間後問題がなければ抜きます		制限はありません	
指導	不安があれば看護師にご相談ください 		・痛みが強きときはナースコールを使用して看護師をお呼び下さい ・傷に入っている管はベッドから離れる時に忘れず持って行くようにして下さい、初めての移動時は持ち方を説明します ・手指などのしびれやこわばりが出現する場合があります、その際はすぐに看護師にお伝えください ・声のかすれがある場合看護師へお知らせ下さい ・手術後呼吸が苦しくなったり、御飯が飲み込みづらく感じるときは看護師にお知らせください		退院前にテーピング療法について説明があります			
説明	外来で渡された同意書類は忘れずにお持ちください 麻酔科医・手術室看護師からの説明があります ひげ剃り・爪切りをしておいてください 手足のマニキュアはとっておいてください		義歯や眼鏡など取り外しが可能な金属類は外しておいてください 軽食を希望される方は事前に準備をお願いします		7階海側病棟の診察室にて 平日8:30～9:00の時間帯で診察があります 順番にお呼びしますのでお部屋でお待ちください 痛み止めを使う事ができます 痛みは我慢せずにお知らせください		午前中退院です 平日の精算については当日午前中事務員が病室に伺い説明します 土日、祝日の退院の精算は後日となります	

※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。

りんくう総合医療センター 7海病棟 作成：2019.10 改訂：2026.03

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：