



合指(趾)症手術 植皮術 を受けられる方とご家族の方へ

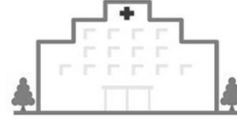
入院診療計画書(クリニカルパス)

病名	合指(趾)症
術式	
入院年月日	
説明年月日	2024年3月26日
主治医氏名	
担当医氏名	
主治医師以外の担当者氏名	

*この予定は現時点で考えられるものであり、変わることがあります。
 *ご不明な点がありましたら、お尋ね下さい。
 *この用紙は入院当日忘れずにお持ちください。

以下の内容について主治医・担当看護師より説明を受けました。
 20 年 月 日

患者氏名 _____
 家族氏名 _____ (続柄)



病歴番号 950000-0
 氏名 こども 太朗
 生年月日 2018年2月22日
 性別 男
 病棟名 _____

病日	入院前日まで	入院日 月 日	手術当日 月 日			～退院前日まで	退院日 月 日
		手術前日	手術前	手術中	手術後		退院後～
検査・治療・処置	*手術に必要な検査(血液検査・尿検査)があります。 *感染症(はしか・水ぼうそう・おたふく・風疹)の確認をさせていただきます。	*身長・体重測定をします。 *体温・脈拍・呼吸・血圧を測定します。	*体温・脈拍・呼吸・血圧を測ります。	*全身麻酔で手術を行います。	*体温・脈拍・呼吸・血圧を測定します。 *手術後は傷を守るためにシーネ固定をします。	*傷の処置は医師が行います。 *シーネは退院前日に外します。	
薬剤	*常用している薬があればお伝えください。	*薬を飲んでいる方は看護師に薬の名前とお薬手帳の提出をお願いいたします。	*常用薬がある方は麻酔科医の指示時間までに飲んでいただきます。	*術中に抗生剤の点滴や痛み止めの座薬を使用します。		*術翌日まで抗生剤の点滴を行います。 *発熱や経口の状況に問題なければ、翌日に点滴を抜きます。 *痛みがある場合には痛み止めの座薬を使用します。	*常用している薬はいつも通り飲んでください。(医師に必ず一緒に飲んでよいか確認をしてください)
食事	*いつもの通りの食事で構いません。 *アレルギーのある方はお知らせください。		*水分制限の時間は下記のとおりです。 *最終ミルク _____時 *最終母乳 _____時 *最終水分 _____時		*術後お腹の動きを確認して飲水からはじめていきます。問題なく飲水ができれば、ミルクや食事を再開します。	*病院食だけでは不足する場合には、おやつなどの持ち込み食についてご相談ください。	
生活上の注意	*いつもの生活で構いません。外出したほうがいやや手洗いをし、風邪をひかないようにしましょう。	*24時以降は固形のもの食べられません。			*ベッド上安静となります。傷が下にならないようにします。 *傷の安静を保つために抑制をさせていただく場合があります。	*傷が下にさがらないようにしてください。 *手の手術の場合はつり下げて、傷が下にさがらないようにします。 *足の手術の場合は車いすを使用し、傷を守るため歩行は出来ません。 *傷をこすったりぶついたりしない	*退院後の傷の管理方法は、退院前日にお伝えします。
清潔		*普段通り入浴してください			*手術当日は入浴は出来ません。	*術翌日より傷をビニールで保護し濡れないようにして、シャワー浴を行います。	*退院後の傷は優しく泡で洗ってください。
説明	*入院案内をお読み下さい。	*術前のオリエンテーションがあります。お子様の日常生活についてお話し下さい。 *麻酔科医師の診察、手術室看護師の訪問があります。	*手術時間は _____時 です。	*手術中はPHSをお渡ししますので、院内でお待ち下さい。	*お子様が眠っていてもベットを離れる際はベット柵を上げ看護師に声をかけて下さい。	*シーネがずれてしまうと皮膚トラブルの原因となるため、ずれてしまった場合はお知らせください。	*退院日のお迎え時間は9時です。 *退院後の連絡先 平日8:30～17:15 形成外来 または形成医師まで。 夜間・土日祝日 外科当直にご相談ください。