



形成外科で2泊3日の手術を受けられる方とご家族の方へ

病 名	
術式・検査名	
入院年月日	
説明年月日	
主治医氏名	
担当医氏名	
主治医以外の 担当氏名	

*この用紙は入院当日忘れずにお持ちください。

20 年 月 日

患者氏名

ご家族氏名 (続柄)



病歴番号

氏 名

生年月日

性 別

病 棟 名

病 日	入院前日まで	入院日 月 日	手術当日 月 日			退院日 月 日
		手術前日	手術前	手術中	手術後	退院後～
検・ 査・ 療 処 置	*手術に必要な検査(血液検査・レントゲン・心電図)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。 *お傷の観察を行います。	*朝、形成医師が観察を行います。 *退院前に質問があれば病棟を通じて医師にお伝えください。
薬 剤	*常用している薬があればお伝えください。	*常用しているお薬があればお持ちいただき、お薬手帳と共に看護師にお渡し下さい。	*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。		*常用しているお薬はいつも通り飲んで下さい。 *痛み止めが必要な場合は医師にお申し付けください。
食 事	*いつもの通りの食事です。 *アレルギーのある方はお知らせください。	* 24時以降 は固形ものは食べられません。	*水分制限の時間は下記のとおりです。 *牛乳・ミルク _____ 時まで *母乳 _____ 時まで *水分 _____ 時まで		*しっかり覚醒したことを確認してから、飲食を始めます。	*食事にしましては制限はありません。
生 活 意 上 の	*いつもの生活で構いません。外出したときはうがいや手洗いをし、風邪をひかないようにしましょう。				*ベッド上安静となります。傷の保護のため、抑制をさせていただきます場合があります。 *麻酔の影響でふらつくことがありますので、トイレに行かれる際は看護師にお声がけ下さい。	*傷をこすったり、ぶつけたりしないよう注意してください。 *抜糸までは激しい運動は控えてください。 *抜糸は1～2週間後の火午前・午後もしくは本午前の形成外科外来にて行います。
清 潔	*普段通りで構いません。					*抜糸までは清潔はシャワーで保つようにしてください。
説 明	*入院案内をお読み下さい。 *術前2週間以内に咳、鼻水、熱などの風邪症状がある場合は形成外科外来に電話ください。	*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。 *手術する側を確認するためのマーキングと、患者確認のための記名を行います。	*手術時間は _____ 時です。1時間前には病棟におこください。 *来棟時間より遅くなる場合には必ずご連絡下さい。遅れると手術が出来なくなる可能性があります。	*手術中はPHSをお渡します。院内でお待ち下さい。	*お子様が眠っていてもベットの離れる際はベット柵を上げ看護師に声をかけて下さい。 *明日の退院前に傷の処置など医師より説明をさせていただきます。	*退院日のお迎え時間は9時です。 *退院後の連絡先原則、火・木の午前10時-12時、午後2時-3時30分、病院代表にご連絡して受付へ伝言してください。出血や高熱などの緊急の場合はそれ以外の時間でも大丈夫です。