

〈 ヘルニア手術（腰椎麻酔）日程表 〉

患者氏名： _____ 様 病棟：西6階 症状： _____

病名： _____ 推定される入院期間： 3日間～5日間

日時						
	入院日	手術術前	手術術後	術後1日目	術後2日目	術後3日目
治療 薬剤	入院時に診察し全身状態とヘルニアのある場所をチェックします	・特に制限はありません ・内服薬は通常通り内服して下さい	・手術中は点滴を行います ・痛みが強い時は鎮痛剤を使用しますので申し出て下さい	・特にありません ・鎮痛剤をお渡しします		
処置	手術をする場所の毛を剃ります	特にありません	術後は傷口に防水のテープが貼ってあります	傷の状態をチェックします。糸は吸収されるため抜糸は必要ありません		
検査	風邪症状などがある場合には採血検査を行います	特にありません	特にありません	特にありません		
安静度	病院内自由です	特に制限はありません	術後、6時間はベッド上で安静です	特に制限はありません		
食事	普通食	・手術前の食事は無しです ・水分摂取は手術3時間前までです	普通食	普通食		
清潔	入浴可能です			シャワー浴が可能です		
排泄	トイレ使用	トイレ使用	術後6時間はベッド上となります	トイレ使用		
説明 その他	・看護師が入院までの経過、生活についてお話を伺います ・主治医から説明をします ・風邪症状等があれば延期となる事がありますので看護師に申し出て下さい	・手術は _____ 時からです ・家族の方は手術開始予定時間の1時間前にはお越し下さい ・義歯、指輪、ヘアピン、下着は手術に行く前にはずして下さい	・手術後は車いすで病棟に帰室します ・手術結果について主治医から説明があります ・麻酔による副作用防止のため次の事に注意して下さい ①ベッド上で安静にして頭を激しく動かさないで下さい ②排尿しにくい事もありますが一時的なものなのでご安心下さい	・傷口の状態を見てから退院です ・看護師から退院後の生活について説明します ・次回外来受診日を確認して下さい ・保険等の書類は退院後に外来で提出して下さい		

主治医： _____ 担当看護師： _____ 主治医以外の担当者名： _____

患者様氏名： _____ 患者様への説明・同意年月日・説明先： _____ 本人 家族

注：この経過表はおおよその経過をお知らせしたものです。種々の都合により、予定通りにいかないこともあります。