**スケジュール表　（　扁桃腺摘出術　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　）様**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 入院当日（　　／　　） | 手術当日（　　／　　） | | 手術後1日目  （　　／　　） | 手術後２日目  （　　／　　） | 手術後3日目  （　　／　　） | 手術後４～５日目  （　　／　～　　） | 手術後6日目  （　　／　　） |
| 手術前日 | 手術前 | 手術後 |  |  |  |  | 退院 |
| **治療** | 入院診療計画書をお渡します  外来にて医師より手術についての説明が終わっています。（同意書を提出してください）  麻酔科医より麻酔の説明があります（同意書を提出してください）  上気道感染予防の為、うがいをして下さい（１日５回朝・毎食後・寝る前）  不眠時、睡眠剤をお渡ししますのでお知らせ下さい |  | 麻酔が十分覚めるまでＩＣＵへ行きます  Q:\案内名人version3.0\0\200\208000\208024.JPG | 午前と午後に点滴があります  痛み止めのシロップを内服してください  4回／日（毎食後・寝る前） | 午前と午後に点滴があります | | 状態により内服薬に変更します  痛み止めのシロップは錠剤に変更します。  痛みの程度に合わせて内服してください |  |
| **検査** |  |  |  |  |  | | 状態により血液と尿の検査があります |  |
| **安静度** | 院内歩行自由です | ※筋肉注射をした場合にはベッド上で安静にしてください | 医師の診察が終わるまではベッド上安静です  安静度についてはその後説明します | 病棟内歩行自由です | Q:\案内名人version3.0\0\200\208000\208021.JPG  院内歩行自由です | | | |
| **観察** | 体温測定・血圧測定　4228s | 体温測定・血圧測定 | ＩＣＵより帰室後、体温・血圧・脈拍測定をし、痛み・出血の有無などの観察を行います | 体温測定・脈拍測定  痛み・出血の有無などの観察を行います | | | | |
| **清潔** | シャワー出来ます | 朝、洗面と歯磨きをしてください |  | ﾀｵﾙで身体を拭きます | | ３日目より出血・熱発なければ洗髪・シャワーができます | | |
| **排泄** | 通常通り |  | 状態に応じてトイレ歩行ができます | 通常通り | | | | |
| **食事** | Q:\案内名人version3.0\0\200\208000\208011.JPG普通食です（食事指導を受けられている場合は治療食です） | 4254s朝食と昼食が欠食となります。麻酔科医の指示を守ってください | 水分、食事の摂取については説明するまでお待ち下さい  手術後の食事は流動食です | 朝食は流動食です  昼食は３分粥です  夕食は５分粥です | 朝食より全粥食です | | 全粥食です  普通食希望の方申し出てください |  |
| **処置** |  | ※必要に応じて手術３０分前に麻酔がよく効くように筋肉注射をします | 点滴は終了後に抜去します | 201032%20診察  耳鼻科の診察室で毎日、診察・処置を行います | | | | |
| **備考** | 入院中の生活について説明します  看護師より手術当日のスケジュールの説明があります  入院時リストバンドをつけます  薬剤師が手持ちの薬を調べます | 手術の間、家族の方は病室でお待ちください。手術が終わりましたら医師より説明があります  入れ歯・指輪・時計・ピアスは外しておいて下さい | 痛み、出血、吐き気などの症状があればお知らせください  痛みがひどい場合は痛み止めをします  咽に流れ込んだ血液は飲み込まないようにしてください | 痛みがひどく食事が取れない時は看護師までお知らせ下さい。食事の内容を変更します　食物は硬い物や刺激物は避けて下さい | 入院の費用について  ７０歳未満の方(2割負担)…約7～9万円  ７０歳未満の方(3割負担)…約11～13万円  ※負担軽減制度等がございますので、詳しくは入院総合受付までお問い合わせください。 | | ＜服薬指導＞  退院までに薬剤師が行います | ＜生活指導＞  退院時に看護師が行います  退院時リストバンドをはずします  休祭日退院の患者様に限り、入院費用は振込みとなりますのでご了承ください |

**＊スケジュールは変更される場合があります　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2021年12月1日改訂　　徳島赤十字病院**

**上記説明を受け同意します。　　　　 年　　　月　　　日　患者様（側）　　　　署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　説明看護師**