

へパリン置換を受ける患者様へ











患者氏名： _____様

入院病棟： _____病棟

主治医： _____

受け持ち看護師： _____

No1

日付	/	/	/	/	/
入院日数	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
イベント	入院日		治療中		手術当日：手術前
目標 毎日看護師 と 評価します	<input type="checkbox"/> 手術前後の経過について理解できる <input type="checkbox"/> 粘膜からの出血がない	<input type="checkbox"/> 手術前後の経過について理解できる <input type="checkbox"/> 粘膜からの出血がない	<input type="checkbox"/> 手術前後の経過について理解できる <input type="checkbox"/> 粘膜からの出血がない <input type="checkbox"/> 採血結果に異常がない	<input type="checkbox"/> 手術前後の経過について理解できる <input type="checkbox"/> 粘膜からの出血がない	<input type="checkbox"/> 手術前後の経過について理解できる <input type="checkbox"/> 粘膜からの出血がない <input type="checkbox"/> 採血結果に異常がない
内服 注射	<input type="checkbox"/> 点滴を開始します（手術当日まで24時間点滴をします）	<input type="checkbox"/> 日中で点滴を交換します	<input type="checkbox"/> 日中で点滴を交換します	<input type="checkbox"/> 日中で点滴を交換します <input type="checkbox"/> 翌日以降の内服薬を回収します	
検査	<input type="checkbox"/> 採血があります <input type="checkbox"/> 日中、体温・脈拍・血圧・酸素の値を測ります <input type="checkbox"/> 身長・体重を測ります 	<input type="checkbox"/> 日中、体温・脈拍・血圧・酸素の値を測ります	<input type="checkbox"/> 採血があります <input type="checkbox"/> 日中、体温・脈拍・血圧・酸素の値を測ります 	<input type="checkbox"/> 医師が動脈からの採血を行います <input type="checkbox"/> 日中、体温・脈拍・血圧・酸素の値を測ります	<input type="checkbox"/> 朝7時に採血があります 
治療 処置	<input type="checkbox"/> 点滴の針を刺します <input type="checkbox"/> 点滴の機械の使用法について説明をします <input type="checkbox"/> 退院まで毎朝回診があります 			<input type="checkbox"/> 血栓予防の靴下のサイズを測ります	
食事 飲水	<input type="checkbox"/> 一般食または特別食（医師の指示に応じて）			<input type="checkbox"/> 医師から絶飲食の指示が出ます（：）から絶食です	
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴（点滴は一時的に止め、針が濡れないように覆います） 			<input type="checkbox"/> シャワー浴をしていただきます（点滴は一時的に止め、針が濡れないように覆います）	
排泄	<input type="checkbox"/> 毎朝、尿と便の回数を聞きますので、朝6時から翌朝6時までの回数を教えてください 				
安静 活動	<input type="checkbox"/> 院内自由です <input type="checkbox"/> リハビリの先生の訪問があります（手術後のリハビリの練習をします） 				
説明 指導	<input type="checkbox"/> 入院生活と手術のオリエンテーションをします <input type="checkbox"/> 手術に必要な物品の説明を行います <input type="checkbox"/> 医師から手術の説明があります <input type="checkbox"/> 入院診療計画書・治療に関する同意書などにサインをしていただきます 			<input type="checkbox"/> 麻酔科医、手術室看護師の訪問があります <input type="checkbox"/> 刃物類がある場合は回収します	※その他の予定は別紙の手術パスに記載しています

注)現時点で考えられる予定であり変更になることがあります