
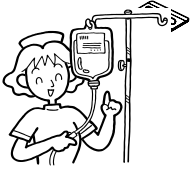











日時	/				
経過	入院当日	術前	術後	術後1日目	術後2日目
検査				<input type="checkbox"/> 顔面レントゲン検査	
処置			<input type="checkbox"/> 医師に診察が火・木・土（午前）土（午後総回診）あります <input type="checkbox"/> 手術後より、傷を冷やします（3日間） <input type="checkbox"/> 手術後より、薬でうがいをされて下さい		
点滴		 <input type="checkbox"/> 術前より、点滴を行います <input type="checkbox"/> 抗菌剤の注射が（朝・夕）あります。（2日間）		術後1日目 <input type="checkbox"/> 本日で点滴は終了です 夕方、針を抜きます	
食事	<input type="checkbox"/> 常食 麻酔科医指示にて水分・食事制限があります	麻酔科医指示にて水分・食事制限があります 朝・昼欠食です 	<input type="checkbox"/> 術後水分は麻酔科医の指示となります <input type="checkbox"/> 夕食より全粥食です 	<input type="checkbox"/> 朝全粥食 <input type="checkbox"/> 昼常食	
安静度	<input type="checkbox"/> 病院内自由	<input type="checkbox"/> 病棟内自由  <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 麻酔覚醒後トイレ歩行可		<input type="checkbox"/> 病院内自由	
清潔	シャワー、入浴可	 清拭	<input type="checkbox"/> 体拭きのタオルをお配りします <input type="checkbox"/> 顔は軽く拭いてください	術後1日目 <input type="checkbox"/> シャワーできます	
排泄			<input type="checkbox"/> 当日：ベッド上排泄orトイレ排泄 必ず看護師を呼んでください		
患者さまおよびご家族へ説明	  《医師より説明》 《看護師より説明》 *手術承諾書 *病棟内の案内 *入院治療計画書 *入院生活について （説明終了後にサ *手術前後の注意事項提出してください）		 手術後、医師より説明があります （手術室の家族説明室にて）		

☆退院おめでとうございます☆



- 抜糸は外来で行います
- 口腔内の糸がなくなるまでうがいを行ってください
- シャワー、洗顔後に消毒をしてください



診察券・再来予約カードをお渡しします

お気をつけてお帰りください

※状態に応じ予定が異なることもございます。何かご質問があれば、看護師にお尋ねください。

計画説明日	計画説明者
年 月 日	
同意者署名	本人以外の場合は、患者さまとの続柄