

入院診療計画書(喉局部麻酔)

術後1回目受診日(/)

患者氏名 :

様 (ID:)

病名 : 痉攣性発声障害・声帯麻痺・その他音声障害

術式 : 甲状腺軟骨形成術(I ・ II ・ III ・ IV)・披裂軟骨内転術(AA)・甲状腺軟骨切除・その他()

手術日 : 年 月 日

推測される入院期間 : 日帰り・1泊2日

| | 1か月前 | 2週間前 | 1週間前 (/) | 前日 | 手術当日 (/) | | 翌日 | 1週間後 (/) |
|----------------|---|---|---|--|--|---|------|--|
| | | | | | 術前 | 術後 | | |
| 発声 | | 禁煙 | | | | 術後は発声禁止で禁止期間は指示に従って下さい 会話時は筆談となります 指示された期間までは発声禁止。咳払いやささやき声も禁止 発声禁止解除後は小さい声で発声可能 ひそひそ声、咳払い、電話、大きい声は禁止 | | |
| 食事 飲酒 喫煙 | | | 禁酒 午後11時から絶食 | 水分補給は水、お茶のみ 水分制限時間は指示に従ってください。 | 術後1時間で飲水・食事可 | 食事は固いもの、刺激物を避け てください 禁煙・禁酒を継続 | | |
| 排泄 清潔 | | 予防(ワクチン)接種は手術日の前後 1週間は受けない でください | 入浴・洗髪 を済ませて ください | 入院後、術衣に着替え | 洗顔、歯磨き、ト イレ歩行可能 | 胸下のシャワー、シャンプー可 傷口やテープが濡れないように 注意してください テープははがさないでください 創部に手で触れないでください | 湯船可能 | |
| 内服 点滴 | お薬またはお薬手帳をお持ちください ホルモン剤や抗凝固薬を飲まれている 方は必ずお申し出ください | プロテイン・サプリメント・市販薬は2週間前より 中止してください。 | | 現在内服中のお薬・吸入薬をお 持ちください | 適宜鎮痛剤を使用 します | 退院時の処方は指示通りに内服していただき、抗菌薬は なくなるまでお飲みください | | |
| 検査 治療 | 術前検査(胸部レントゲン・CT・心電図・採血・音声機能) 前日は激しい運動は禁止です ミニスカートやタイツの着用は避けて頂き、手首足首を出しやすい 服装でお越しください 検査の日に患者情報用紙を記入しお持ちください 結果によっては再検査や他院を受診していただきます 歯のぐらつきなどがある場合、麻酔時に抜けるおそれがあるため、 歯科受診が必要となります | | | | | | | 手術後1週間目に抜糸 |
| 説明 指導 | | 医師よりご家族と一緒に手 術の詳しい説明があります 看護師より入院時間と手術 前後の注意事項の説明があ ります | 看護師が電 話し、体調 をお伺いし ます 激しい運動 は禁止 | アクセサリー・義歯・コンタク ト・ウィッグは外し、化粧・マ ニキュア・ペディキュアは落と しておいてください 手術日はご家族に連絡がつくよ うにお願い致します | 看護師より退院の 説明があります お会計は当日にお 願いします | 午前8:00までに退院 | | 出血・息苦しさなどの症 状があればすぐに受診し てください 運動・重労働の開始につ いては医師の指示に従つ てください |

注1)病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくに従って変わり得るものである。注2)入院期間については、現時点で予想されるものである。

医師署名 ()

上記の通り説明を受けました。 同意年月日 : 年 月 日 患者氏名又は代理人署名()

医療法人顎夢会 京都耳鼻咽喉音声手術医院