

内視鏡的下咽頭腫瘍摘出術（下咽頭ESD）を受けられる方へ

|    | 入院日（手術前日）   | 手術当日（術前）  | 手術当日（術後）  | 術後1日目   | 術後2日目～退院まで   |
|----|---|---|---|---|--|
| 目標 | <input type="checkbox"/> 手術に向けて心身ともに整えることができる   |   | <input type="checkbox"/> 合併症が分かり、症状出現時は医療者へ報告ができる<br><input type="checkbox"/> 薬剤を使用して痛みを緩和することができる<br><input type="checkbox"/> 転倒、転落を予防する行動ができる |   |  |
| 説明 | <input type="checkbox"/> 医師から手術の説明があります<br><input type="checkbox"/> 同意書の確認をします<br><input type="checkbox"/> 麻酔科医師、手術室看護師が訪問します<br><input type="checkbox"/> 入院生活と治療に関する説明をします（パンフレットを見てください）<br><input type="checkbox"/> 手術に必要な物品を確認します | <input type="checkbox"/> <b>【手術時間】</b><br><b>（ 時 分）の予定です</b><br><b>【準備】</b><br><input type="checkbox"/> 貴金属類、入れ歯、コンタクトはすべては<br>ずしてください<br><input type="checkbox"/> 入れ歯と眼鏡は手術室に持ち込み可能で<br>す。入れ物を準備してください | <input type="checkbox"/> 出血、呼吸苦、喉の痛み、首の腫れがあればお知らせください   | <input type="checkbox"/> 退院後の生活について説明します  |  |
| 処置 | <input type="checkbox"/> 血栓症予防の靴下のサイズを測定します   | <input type="checkbox"/> 血栓症予防の靴下をはきます  | <input type="checkbox"/> 血栓症予防の器械を足につけます<br><input type="checkbox"/> 点滴の針を入れます  |   |  |
| 活動 | <input type="checkbox"/> 安静制限はありません   |   | <input type="checkbox"/> <b>術後3時間はベッド上安静です</b><br><input type="checkbox"/> 手術後初めての歩行は看護師が付き添いま<br>す   | <input type="checkbox"/> 安静制限はありません   |  |
| 薬剤 | <input type="checkbox"/> 入院時に内服薬を確認します  | <input type="checkbox"/> 手術当日の内服薬は医師の指示に従って<br>ください   | <input type="checkbox"/> 点滴をします<br><input type="checkbox"/> 痛み、吐き気などの症状には薬剤が使えます  | <input type="checkbox"/> 点滴をします<br><input type="checkbox"/> 内服薬は医師の指示で再開です                                  | <input type="checkbox"/> <b>【術後2日目まで】</b> 点滴をします<br><input type="checkbox"/> 食事が半量以上摂取できれば点滴は終了<br>です                  |
| 検査 | <input type="checkbox"/> 採血<br><input type="checkbox"/> 口腔外科診察  |   |   | <input type="checkbox"/> 採血、レントゲン検査、口腔外科診察  |  |
| 観察 | <input type="checkbox"/> 検温<br><input type="checkbox"/> 身長測定、体重測定   | <input type="checkbox"/> 検温   | <input type="checkbox"/> 手術後は全身状態の観察を行います   | <input type="checkbox"/> 検温<br><input type="checkbox"/> 合併症の症状を観察します  |  |
| 食事 | <input type="checkbox"/> <b>【手術予定時刻が15時まで】</b><br><b>夕食後から絶食です</b><br><input type="checkbox"/> <b>【手術予定時刻が15時以降】</b><br><b>手術当日の朝食後から絶食です</b>   | <input type="checkbox"/> 6時に飲料水をお渡しします<br><input type="checkbox"/> <b>【水分摂取】</b><br><b>（ 時 分）までです</b>   | <input type="checkbox"/> <b>絶飲食です</b>   | <input type="checkbox"/> 医師の許可で飲水ができます<br>（糖分を含まない水・お茶に限ります）<br><input type="checkbox"/> 初回飲水は看護師見守りのもと行います | <b>【術後2日目】</b><br><input type="checkbox"/> 医師の許可で昼食からペースト食が<br>できます<br><input type="checkbox"/> 医師の指示で食事内容が変更となり<br>ます |
| 清潔 | <input type="checkbox"/> シャワー浴ができます   |   |   | <input type="checkbox"/> シャワー浴ができます   |  |

状況に応じて予定が変更になる場合があります。ご不明な点がございましたらお尋ねください

