

# 形成外科レーザー治療を受けられる患者さまへ

年 月 日

神戸赤十字病院 形成外科

患者氏名 :

病名 : 単純性血管腫、莓状血管腫、異所性蒙古斑、太田母斑

主治医 : \_\_\_\_\_

当看護師 : 病棟担当看護師一同

月 日	月 日	月 日	
経過	レーザー治療当日（術前）	レーザー治療当日（術後）（退院予定）	翌日以降（退院予定）
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>起床後は、食事はとらないで下さい。</li> <li>入院後は、飲水はとらないで下さい。</li> </ul>	術後2時間して、お腹の音を確認し、吐き気などがなければ、飲み物から開始して頂きます。	嘔気、嘔吐がなければ、食事、飲水は自由です。 
処置・観察	病棟へ入院後、小児科外来（2階受付3番）に移動して頂き、医師が点滴用の針を入れさせていただきます。	 <ul style="list-style-type: none"> <li>術後、酸素吸入やモニターを装着させていただきます。</li> </ul>	
検査・手術	 <ul style="list-style-type: none"> <li>小児用の病衣に着替えて頂きます。</li> <li>手術室にてレーザー治療を行います。</li> </ul>		
内服・注射	点滴をしながら、手術室へ向かいます。	術後、状態に合わせて点滴の針を抜かせて頂きます。	
行動	手術までは、病室でお待ちください。	処置後はご家族若しくは看護師の同伴で、病棟内の移動は可能です。	
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟看護師が入院に関する説明を致します。</li> <li>離乳食を開始していないお子様の場合、哺乳瓶とご使用されているミルクをご持参下さい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院費についてのお問い合わせは、1階総合受付（医事課）までお願いします。</li> <li>退院証明書をお渡しします。</li> <li>ご請求書は事務の者がお持ちしますので、お部屋でお待ちください。</li> <li>退院時に、お家で塗って頂く塗り薬を持って帰って頂きます。</li> <li>退院後は、1日1回塗り薬を患部に塗って頂きます。</li> </ul>	

\* 入院に関して心配事がありましたらお申し出ください。

\* 入院に際してこの用紙をお持ちください。

\* この表は、およその経過をお示したものです。種々の都合により予定通りにならないこともありますので、予めご了承ください。

## ◇ 総合的機能評価

※上記内容に同意致します 患者氏名（自署） \_\_\_\_\_

パス管理番号：17-001

平成30年11月改訂