

入院診療計画書

頚椎の手術(椎弓形成術)を受けられる ()様へ

病名 _____ 年齢 _____ 生年月日: _____
主治医 _____ 受持看護師 _____ 病棟 _____

薬剤師 _____
リハビリ担当 _____
管理栄養士 _____

2 部 印刷
1 部 : 患者 ファイル
1 部 : 患者 様 用

手術日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 AM _____ PM _____ 時 _____ 分

病日	入院日~手術前日	手術当日		術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後7日目	2週目
日付	____/____/____ ()	____/____/____ (術前)	____/____/____ (術後)	____/____/____ ()	____/____/____ ()	____/____/____ ()	____/____/____ ()	____/____/____ ()	____/____/____ ()	____/____/____ ()
目標	安心して手術を受けることができる 手術の方法・目的が理解できる	心身ともに安定した状態で手術を受けることができる		痛いや調子の悪い時などに伝えることができる 歩行器歩行ができる			歩行器歩行ができる 杖歩行ができる 退院後の生活について理解することができる			
食事	手術前日の午後9時までは、普通食です 必要時には特別食となります (水分は麻酔科医から説明があります)	食べることができません		水分は自由です おなかの動きがよければ、流動食より開始し徐々にもとの食事に戻します 病状により特別食を食べられる方は栄養指導を行わせて頂く場合があります						
安静度	自由です 	ベッド上で安静となります 寝返りはできません 首の両側に砂のうを置き固定します		装具をつけてベッドを90度上げることができます 		ベッドの端へ足を垂らして座ることができます 歩行器で歩くことができます				
清潔	シャワー浴をすることができます 	シャワー浴をすることができます 義歯・指輪・ヘアピンははずして下さい		毎日体を拭きます 			抜糸後、きずの状態がよければ、シャワー浴をすることができます(1度目のシャワー浴は必ず看護師が介助・説明させていただきます) 柄付きブラシを購入してください 手術後2週間後より椅子に座って洗うことができます 			
排泄	手術前日に下剤を飲みます 	尿の管が入っています ベッドの上での排泄となります		歩行できるようになれば、尿の管を抜きます (必要時ポータブルトイレ・尿器を使用します) 			自由にトイレに行くことができます			
検査	医師の指示により検査があります	血液検査と胸部・手術部のX線撮影をします 		血液検査があります 			定期的または必要時、血液検査やX線撮影をします  			
治療	手術前日の夜には胃薬を内服していただく場合があります 持参薬は特に指示がなければ続けて飲んでください ※抗凝固剤(パナルジン・パファリン・バイアスピリン・ワーファリン・プラビックス・プレタル・イグザレルト・エリクス・コンプラビン)配合錠などを内服している方は中止してください	持続点滴をします 胃薬を内服していただくことがあります 抗生剤の点滴をします		持続点滴をします 抗生剤の点滴をします 酸素吸入をします→酸素の状態が落ち着いていれば酸素吸入は終了します きずの消毒があります きずに血抜きが入ります→→ 排液量が少なくなれば抜きます(術後3日目頃) 飲水・食事が開始となれば飲み薬を再開してください(抗凝固剤の内服は医師の指示が出れば再開します)			手術後10日目に抜糸となります 			
リハビリ	理学療法士から挨拶・説明があります	ベッドの上でのリハビリが始まります 病棟で歩行器歩行訓練を行います		歩行器を除去します 歩行状態に合わせ、T字杖を使用します						
処置	装具合わせをします 耳の高さまで髪をカットします	毛剃り・爪切りをします 肺血栓・塞栓予防のため弾性ストッキングをはきます		装具(ソフトカラー)を装着します			主治医の許可があれば、弾性ストッキングを除去してもかまいません シャワー浴の際にはシャワー用の装具へ変更します			
説明指導	麻酔科医が麻酔について説明します 薬剤師がお薬について説明します お薬などのアレルギー歴がある場合はお知らせください 主治医・看護師が手術について説明します(看護師はパンフレットを使用し説明します) 同意書は手術当日までに看護師にお渡しください 	手術中、家族の方は病室またはデイルームでお待ち下さい		痛みがある時は、遠慮なく看護師に申し出てください 必要時、痛み止めを使います 術後、主治医から手術説明があります 手術前にお渡しするパンフレットを参考に、してはいけない姿勢を十分理解してリハビリをがんばりましょう わからないことがあれば主治医、看護師、理学療法士までご相談ください シャワー浴の許可が出たらシャワー用装具の購入について説明します			薬剤師がお薬について説明します 2週目頃に主治医が経過の説明をします 感染徴候がなく異常がなければ退院または転院となります  			

※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることもありますのでご了承ください

※ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。

◇総合的な機能評価◇

・日常生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察
・認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察
・意欲	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察

評価対象外

※ 特別な栄養管理の必要性 有 無

私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

患者 又は 親権者・親族等サイン

(続柄 _____)