

入院診療計画書

人工股関節全置換術(右・左)を受けられる ()様へ

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

薬剤師 _____ 2部印刷
 リハビリ担当 _____ 1部:患者ファイル
 担当管理栄養士 _____ 1部:患者様用

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

病日	入院日	手術当日 (術前)	手術当日 (術後)	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	術後14日目	退院日(術後18日目)
日付	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
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	痛い時や調子の悪い時などに訴えることができる	痛い時や調子の悪い時などに訴えることができる 車椅子に乗ることができる	歩行器歩行ができる 退院後の生活について理解することができる	杖歩行ができる					
食事	本日は常食となります 必要時特別食となります (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	飲んだり食べたりできません	水分は自由です おなかの動きがよければ、軟らかいご飯から開始し、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		ベッドの上で安静にします 寝返りはできません	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 血抜きが管が抜ければ、車椅子に乗ることができます (手術した足には、痛みのない範囲で体重をかけてもかまいません)						
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)	
排泄	排便の確認を行い、必要時便処置を行います		尿管が入っています ベッドの上での排泄となります	車椅子に乗れるようになれば、尿管を抜き(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	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	本日の夜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・ハイアスピリン・ワーファリン・プラビックス・プレタルなど)を内服している方は中止してください	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	点滴をします 抗生剤の点滴をします 背中に痛み止めの薬を入れる管が入る場合があります→ 医師の指示で背中の中の管を抜きます 酸素吸入をします→ 酸素の状態が落ち着いていけば酸素吸入は終了します きずの消毒があります きずに血抜きの管が入ります→ 排液量が少なくなれば抜きます(術後2日目頃) 飲水・食事が開始となれば飲み薬を再開します(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12日目頃に抜糸となります	
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 機械で股関節を運動させるリハビリをします(少しずつ曲げる角度を上げていきます)	病棟で車椅子への移乗訓練や平行棒内の歩行訓練を行います						リハビリ室や平行棒内で歩行訓練を行います(歩行器やT字杖を使った歩行訓練も徐々に始めていきます)	
処置	股関節装具の採寸をします	毛剃り・爪切りをします 消毒薬で足全体を消毒して足をシーツで包みます	※肺血栓・塞栓予防のため弾性ストッキングをはきます 医師の指示により、手術部位の安静のため、足をおもりで引っ張ります(介連牽引)							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	
説明指導	麻酔科医が麻酔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) 薬剤師がお薬について説明します 同意書は手術当日までに詰所にお渡しください	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 手術後はベッドの上で三角枕をはさんで足を開いた状態を保ちます 手術後、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	薬剤師がお薬について説明します 2週目に主治医が経過の説明をします 感染徴候がなくX線撮影で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◆

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

※ 特別な栄養管理の必要性

有
 無

主治医

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。

印
又は署名

_____年 _____月 _____日 患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄 _____)