

入院診療計画書

腰の手術(腰椎後方固定術)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

2 部 印 刷
1 部: 患者ファイルへ
1 部: 患者様へ
薬剤師
理学療法士
管理栄養士

手術日時 年 月 日 AM・PM 時 分

| 病日 | 入院日 | 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 | 術後10日目~12日目 | 2週目 |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| | | (術前) | (術後) | | | | | | | | |
| 日付 | <input type="text"/> / <input type="text"/> () | <input type="text"/> / <input type="text"/> () | <input type="text"/> / <input type="text"/> () | <input type="text"/> / <input type="text"/> () | <input type="text"/> / <input type="text"/> () | <input type="text"/> / <input type="text"/> () | <input type="text"/> / <input type="text"/> () | <input type="text"/> / <input type="text"/> () | <input type="text"/> / <input type="text"/> () | <input type="text"/> / <input type="text"/> () | <input type="text"/> / <input type="text"/> () |
| 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 | | | 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 | 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) | 食え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 体幹枕を使用して上向きに寝る練習をします | | ベッドの上で安静に過ごします 横を向いたり、起き上がったりできません 体幹枕を使用します | コルセットをつけてベッドを60度上げることができます コルセットをつけて寝体幹枕を外します | ベッドを90度まで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 | 歩行器を使用して歩くことができます 使用目安は手術後2週間程度です | | | | | |
| 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 | 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 | | | 歩行できるようになれば、尿管を抜きます (必要時ポータブルトイレ・尿器を使用します) | | | | | |
| 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 | 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・イグザレルト・エリキュース・コンブラミンなど)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 寝返りの仕方について説明します | | 歩行器歩行訓練を始めます | | | | 術後10日目~ 歩行状態に合わせ、主治医の許可があれば杖を使用します 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 | |
| 処置 | コルセットの型をとります | 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 | | | | | | | | |
| 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) 同意書は手術当日までに詰所にお渡しください 薬剤師が入院中に使用する薬剤について説明します | 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 術後、主治医から手術説明があります ※お渡しするパンフレットを使用して看護師から説明指導があります 腰に負担の少ない日常生活動作を身につけましょう 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 *** 寝返りのポイント *** 両膝を立てそろえます 次に下腹に力を入れ、肩と腰がねじれないように横向きになります | 必要時、痛み止めを使います | | | | | | 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。

※ 特別な栄養管理の必要性 有 無

主治医 印 又は署名
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。

◇総合的な機能評価◇

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 評価対象外 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要経過観察 |
| ・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 |

年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄)