

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

薬 剤 師

2 部 印 刷

リハビリ担当

1 部：患者ファイル

1 部：患者様用

病 名

年 齢

生年月日:

症 状

受持看護師

病棟

担当管理栄養士

手術日時 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	術後14日目	退院日(術後17日目)	
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	手術前日の午後9時までは、普通食です 必要に応じて治療食が出ます (水分摂取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	水分摂取は自由です 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								
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 す	ベッドを90度上げるこ とができます ヒップグリップという股 関節の装具をつけます ベッドの端へ足を垂らして座ることができます 術後より下肢架台という台で約2週間足を上げた状態にします	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)					ヒップグリップは除去できます		
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 ずしてください		週3回体を拭きます					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	手術2日前に下剤を飲みます		尿の管が入っています ベッドの上での排泄となります	車椅子に乗れるようになれば、尿の管を抜きま (必要時ポータブルトイレ・尿器を使用します)		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	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・ プレタールなど)を内服している方 は中止してください	点滴をします 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 きずに血抜きの管が入ります → 排液量が少なくなれば抜きます(術後1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)									
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		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行きます)					
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							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 股関節装具を除去します		
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) 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 室またはデイコーナーで お待ちください	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 必要に応じて栄養士から退院後の食 事について説明します	

※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。 ※ 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◇

☐ 評価対象外
・日常生活動作 ☐ 問題なし ☐ 要経過観察
・認知機能 ☐ 問題なし ☐ 要経過観察
・意欲 ☐ 問題なし ☐ 要経過観察

年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄)

高知赤十字病院 整形外科

08-011-P1(患者用)