

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

薬剤師

理学療法士

管理栄養士

2 部 印 刷
1 部:患者ファイルへ
1 部:患 者 様 へ

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	／ ()	／ ()	()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ～ ／	／ ()	
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	本日は普通食となります 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過 ごします 横を向いたり、起き上 がったりできません	コルセットをつけて 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	歩行器を使用して歩くことができます 使用目安は手術後1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) 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) 							
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	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・パイ 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・コンブラピンなど)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 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 きずに血抜きの管が入ります→ 排泄量が少 なくなれば抜きます 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			
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								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) 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 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 必要に応じて栄養士から退院後の食事について説明があります 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								薬剤師がお薬について説明します 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◇
・日常生活動作 ☐ 評価対象外 ☐ 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 08-008-0(患者用)