

入院診療計画書

人工股関節全置換術(右・左)を受けられる(<<ORIBP_KANJI>>)様へ

病名

年齢

生年月日:

薬剤師

リハビリ担当

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

症状

受持看護師

病棟

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 痛みに応じて車椅子に乗ることができる・歩行器歩行ができる			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	普通食が出ます 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)			絶食です 麻酔科医の指示時間 までは飲水できます		絶飲食です		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	制限はありません			ベッド上安静です 寝返りはできます		ベッドを90度上げることが できます ベッドの端へ足を垂ら して座ることができます		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)						
清潔	シャワー浴ができます			シャワー浴ができます 義歯・指輪・ヘアピンは はずしてください		身体を拭きます 看護師が洗髪・足浴のお手伝い をします		発熱など、全身状態が落ち着いてい れば、シャワー浴ができます ※初めてのシャワー浴の際には、 看護師が介助・説明を行います						
排泄	排便の確認を行い、必要時は 便の処理を行います					尿の管が入っています ベッドの上での排泄となります		車椅子に乗れるようになれば、尿 の管を抜きます (必要時尿器を使用します)						
検査	医師の指示により検査を行います					血液検査と手術部 のX線撮影を行いま す		血液検査を行 います		定期的または必要時、血液検査 やX線撮影を行います				
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・バファリン・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)は、場合により中止になる可 能性があります			点滴を開始します 抗生剤の点滴を開始しま す		点滴を開始します 抗生剤の点滴を開始します 心電図モニターを装着します 酸素吸入をします 創部に、血液を体外に排液するた めの管を入れます 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					病棟やリハビリ室で、車椅子への 移乗練習や、歩行練習を行います (平行棒内から徐々に始めて、歩 行器、T字杖へと進めていきま す)								
処置	医師が、手術する足に マーキングを行います			毛剃りをします 消毒薬で足全体の消毒 を行います		※肺血栓・塞栓予防のため 弾性ストッキングをはきます		トイレまで歩行できるようにな れば、 弾性ストッキングは脱いで構いま せん			抜糸を行います			
説明 指導	・麻酔科医から麻酔について説明 があります ・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・看護師から手術につ いて説明があります (看護師はパンフレットを使用し 説明します) ・薬剤師からお薬について説明 があります			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、必要に応じてベッド の上で三角枕をはさみ、 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						・薬剤師からお薬について説明 があり ます ・術後14日目頃に主治医から、 経過の説明があります ・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(指導)があ 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

認知機能

意欲

評価対象外

問題なし

問題なし

問題なし

要経過観察

要経過観察

要経過観察

要経過観察

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。

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-R/08-011-L(患者用)