

入院診療計画書

腰椎椎弓形成術を受けられる（ ）様へ

病 名

生年月日:

年齢

症 状

受持看護師

病棟

薬剤師

リハビリ

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～7日目	術後8日目～退院(術後13日目)	
		(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	痛いときや調子の悪いときなどに看護師に伝えることができる				
				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	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	絶飲食です	朝から飲水できます 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		ベッドの上で安静です横 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90度上げることができます／コルセットをつけて寝返りができます 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週間です)			
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	週3回、身体を拭きます			抜糸後、きずの状態がよければ、シャワー浴ができます口 ※1度目のシャワー浴は必ず看護師が介助・説明を行います 柄付きブラシを購入してください 術後14日目より、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を行います		血液検査、 胸部・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・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・プラザキサなど)を 内服している方は中止してください	持続点滴を開始します	持続点滴を開始します 抗生剤の点滴を開始します 酸素吸入をします きずの消毒があります 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日目に抜糸を行います
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 リを開始します 寝返りの仕方につい て説明を行います	歩行器歩行訓練を開始します		歩行器を除去します 歩行状態に合わせ、T字杖を使用します	
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、弾性ストッキングはぬいでかま いません
説明 指導	・麻酔科医から麻酔について説明があります ・薬剤師からお薬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 ・医師から手術について説明があります ・看護師から入院について説明があります(パンフレットを使用) ・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 (必要に応じて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 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 ◆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					薬剤師からお薬について説明があります 感染徴候がなく異常がなければ 退院または転院です
		※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					

※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◇

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

※ 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。

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 08-021AM/08-022PM(患者用)