











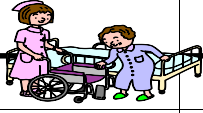






ID:

様 入院診療計画書 病名/症状(

/)

右・左人工骨頭置換術を受けられる方へ

| | 入院・手術前日 | 手術日・前 | 手術日・後 | 手術後1日目 | 手術後2～7日目 | 手術後8～13日目 | 14日目・転院日 |
|----------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| | (/) | (/) | (/) | (/) | (/ ~ /) | (/ ~ /) | (/) |
| 検査 | 身長・体重測定 |  手術着に着替えます | 手術室にてレントゲンを撮ります 背中から痛み止めを入れる管が入っている場合もあります | 採血とレントゲンがあります。看護師がお知らせします。 傷の状態を診察します | 傷の状態をみて抜糸を行います | | 転院になります |
| 処置 | | ストレッチャーに乗り手術室に行きます | 酸素マスクをします(状況を見て外します) | |  |  |  |
| 薬 | 眠れない時は安定剤の内服があります 状況に応じ薬剤師がご説明に伺います | 点滴をします | | 痛み止めの内服が始まります 朝と夜に抗生剤の点滴があります | | | |
| 注射 | | |  | | | | |
| 食事 | 夕食はです ☆夕食以降の飲食に関しては看護師が説明に伺います |  | | 朝から食事ができます |  | | |
| 特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無 (どちらかに○) | | | | | | | |
| 清潔 | 体拭きをします | |  | シャワー浴か体拭きをします |  | | |
| 活動 | ベッド上で 足を牽引することもあります |  | ベッド上安静です 手術した方の足の下に枕を敷き挙上させていただきます | 痛みの範囲内で手術した足に体重をかけることができます |  |  |  |
| 排泄 | ベッド上で行います 状態をみて尿の管を入れます | | 手術中に尿の管が入ります  | 尿の管を抜きます 痛みの状況に応じて車椅子でトイレへいけます | |  | |
| リハビリ | 「総合実施計画書」を作成し、ご説明の上リハビリを開始します | | | | | | |
| 総合的な機能評価 | 65歳以上、又は特定疾病を有する40歳から65歳未満の方は総合的な機能評価を行います | | | | | | |
| 看護計画 | 担当看護師が看護の計画についてご説明いたします | | | | | | |
| 説明 | 病棟看護師、手術室看護師より手術についての説明があります |  | 主治医より手術結果の説明があります | | | | |
| その他 | 禁煙を行い深呼吸の練習をしましょう | | 傷が痛む時は我慢せずに看護師に言って下さい 手術した方の足の指が動くかどうか確認しましょう |  | | | |

この予定表は、患者さんの状態に応じて変わることがあります。
何かご質問があれば看護師にお尋ねください。

主治医 _____ 年 月 日
看護師 _____ 年 月 日

管理栄養士 _____
セラピスト _____

患者署名 _____ 年 月 日
代諾者署名 _____ (続柄) 年 月 日

薬剤師 _____