

入院診療計画書（2日前入院・膝の手術を受けられる方へ）入院期間約3週間

ID: <<SYPID>>

患者氏名: <<ORIBP_KANJI>> 様

生年月日: <<ORIBP_BIRTHDAY_W>> (<<ORIBP_BIRTHDAY>>)

病名 (症状):

入院科/病棟: <<INDICATESTAFF_SELECTEDDEPT_NAME>> / <<OREVF_A>>







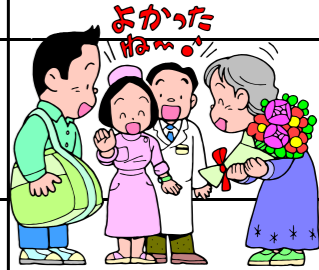


主治医: <<ORDCT_S_A>> 印

担当医: <<ORDCT_T_A>>

担当看護師: <<ORDCT_N_A>>

主治医以外の担当者: 薬剤師

管理栄養士

月日	入院 (/) ~ 手術前日 (/)	手術当日 (術前) (/)	手術当日 (術後) (/)	術後1日 (/)	術後2日 (/)	術後3・4日 (/ ・ /)	術後5~13日	術後14~21日
経過	入院	 手術中						退院
目標	○手術・治療について説明を受け、安心して手術準備ができる		○痛みを訴えることができる ○ベッド上安静が守られる	○痛み止めの内服により痛みが緩和する ○ベッドから体を起こすことができる	○ベッドの脇に座ることができる ○ベッドの脇に立つことができる	○歩行器歩行ができる	○安定した歩行ができる ○身の回りのことができる	○退院を想定した日常生活を送ることができる
治療・処置		○手術着に着替えます ○朝から点滴を始めます ○下肢静脈血栓予防のストッキングをはきます	○翌朝まで酸素吸入します ○点滴 (補液・抗生剤) があります ○ドレーン・尿管が入ります	○点滴 (補液・抗生剤) があります	○尿管が抜けます ○ドレーンが抜けます ○血栓予防の注射が始まります (10日間)		○傷の状態にあわせて処置を行います	○手術後15日目でストッキングを終了します
検査	○必要な検査があれば行います		○採血があります	○朝 採血があります		手術後4日目 ○朝 採血があります	手術後7日目 ○朝 採血があります ○レントゲン撮影があります	手術後14日目 ○朝 採血があります ○レントゲン撮影があります
内服	○普段飲んでいる薬は飲んでください (薬によっては中止する場合があります)	○医師から指示のあった薬は飲んでください		○痛み止めの内服ができます ○普段飲んでいる薬は飲んでください				
食事	○夜9時以降は飲んだり食べたりすることができません	○飲んだり食べたりすることができません		○水分を取ります ○朝から食事が出ます				
看護	○体温・脈拍・血圧測定 ○シャワー浴できます		○体温・脈拍・血圧測定 ○疼痛コントロールを行います ○傷の状態を観察します ○術後より膝を機械またはアイスノンで冷やします	○体を拭き着替えます ○傷の状態を観察します ○看護師が歩行状態の見守りを行います	○体温・脈拍・血圧測定 ○看護師が歩行状態の見守りを行います	○体温・脈拍・血圧測定	○体温・脈拍・血圧測定 ○回診時に許可があればシャワー浴ができます	
リハビリ	○リハビリが始まります	○手術のためお休みです		○状態に合わせて歩行訓練を開始します				おめでとうございます
説明	○医師から手術の説明があります ○看護師が手術準備品の確認を行います		○担当医からご家族の方へ手術後に説明があります ※ご家族の方は手術中、病棟で待機しててください	○看護師や理学療法士が体の起こし方や、歩行時の注意点について指導を行います			○退院後の日常生活動作における注意点を指導します	

特別な栄養管理の必要性 有 無

高齢者総合評価の実施 有 : 無

総合的な	基本的な生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	日常生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
機能評価	認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	気分・心理状態	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察

以上の説明を受け、治療内容を理解しました。

<<DYTODAY>>

説明者:
説明を受けた人:
(代表者)

続柄
()

注1 入院期間については現時点で予想されるものです。

注2 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

2014/4/20作成

2018/9/26改訂

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
パス承認番号 (No. 38) 承認年月日 (2018年10月9日) <管理No. 141>