

入院診療計画書（人工股関節全置換術を受けられる方へ）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

氏名 @PATIENTNAME

様

症状

@PATIENTWARD

病棟

@PATIENTROOM

号室

担当医師 青田恵郎 印 大橋寛憲 印

担当看護師

担当薬剤師

日付 @SYSDATE

| 月日 | 手術決定から入院まで | 入院当日(手術2日前) (/) | 手術前日 (/) | 手術当日(前) (/) | 手術当日(後) (/) | 術後1日(/) | 術後2日(/) | 術後3,4日 (/)~(/) | 術後10~14日 (/)~(/) | 術後19日(/) |
|----|----------------|---------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------|
| 経過 | | | | | | | | | | |
| 目標 | | | | | | ベットの脇に座ることや起立訓練ができる | 車椅子移動や歩行器歩行ができる | 平行棒歩行器で歩行訓練 | T字杖での歩行訓練ができる | T字杖歩行が安定し、階段昇降ができれば退院になります |
| 検査 | 外来で全身麻酔の検査をします | 必要な検査があれば行います(レントゲン検査など) | 必要な検査があれば行います(レントゲン検査など) | | 手術後に血液検査 | 血液検査 | 血液検査 | 血液検査 レントゲン検査 | 血液検査 レントゲン検査 | |
| 治療 | | | | 手術 | 酸素吸入 疼痛コントロールなどを行います | リハビリ開始です | 脱臼防止の脚の位置、動き方を指導を受けます | | 必要な場合は、ストレッチングを開始します | |
| 処置 | | リストバンドをつけます | 必要な準備品の確認をします | 手術室へ行く前に、手術しない方の足に弾性ストッキングを履きます | 痛みは我慢せずにお知らせください | | 消毒は2~3日おきに行います 創の管を抜きます | 車椅子移動ができれば、尿の管を抜きます | 抜糸 術後10~14日で抜糸です | |
| 観察 | | 体温・脈拍・血圧測定 | 体温・脈拍・血圧測定 | 体温・脈拍・血圧測定 | 体温・脈拍・血圧測定 | 体温・脈拍・血圧測定 | 体温・脈拍・血圧測定 | 体温・脈拍・血圧測定 | 体温・脈拍・血圧測定 | |
| 注射 | | | | | 点滴 補液 抗生剤 輸血(自己血) | 点滴 補液 抗生剤 輸血(自己血) | 点滴 補液 抗生剤 | 食事が可能になれば点滴を中止します | | |
| 内服 | | いつも飲んでいる薬をお見せください。薬剤師よりご説明いたします | 普段から飲んでいる薬は飲んで | 医師から指示のあった薬は少量の水で飲んでください | | くすりの内服を始めます | 血栓予防のお薬を手術翌日から飲みます(10日間) | | | |
| 食事 | 通常通り | 通常通り | 指示された時間からは何も食べないで下さい 水分は指示された時間まで、とっていただいて | 飲んだり食べたりできません (うがいや歯磨き) | | 通常通り | 通常通り | 通常通り | 通常通り | |
| 行動 | 通常通りです | 通常通りです | 入浴できます | | | 清拭を行います | | 医師に確認後シャワーが可能になります | | |
| 説明 | | | 手術の説明があります | | 術後の説明があります | | | | | お大事に！ |

注1) 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。
注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No.14) 承認月日 (平成16年1月13日)

| |
|-------------|
| 特別な栄養管理の必要性 |
| 有 ・ 無 |

上記内容につき説明を受け同意いたしました

| | |
|-----|-----|
| 署名： | 続柄： |
|-----|-----|