




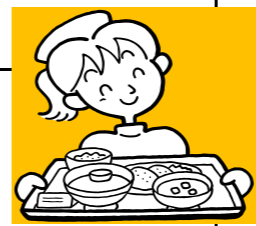
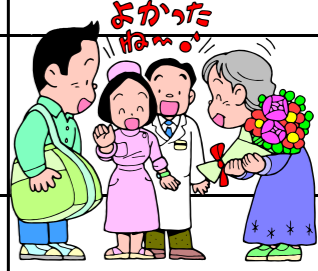




# 入院診療計画書（前日入院・膝の手術を受けられる方へ）入院期間約3週間

ID: \_\_\_\_\_ 患者氏名: \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 病名(症状): \_\_\_\_\_  
 入院科/病棟: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_ ( ) 担当医: \_\_\_\_\_  
 担当看護師: \_\_\_\_\_ 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 ○シャワー浴ができます		○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	○体を拭き着替えをします ○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 <input type="checkbox"/>
機能評価	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 <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>

以上の説明を受け、治療内容を理解しました。

年 月 日  
 説明者: \_\_\_\_\_  
 説明を受けた人: \_\_\_\_\_ 続柄 ( )  
 (代表者)

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.5) 承認年月日(2018年10月9日) <管理No.41>