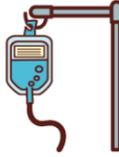


入院診療計画書－脊椎の手術を受けられる患者様へ－

患者氏名		様		病名				
				症状				
				病棟			特別な栄養管理の有無	<input type="checkbox"/> 有
	手術前日	手術当日		手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目	手術後4日目～14日目(退院)	
		手術前	手術後					
目標	<input type="checkbox"/> 治療の必要性や流れが理解できる	<input type="checkbox"/> 心身共に平静も治療を受けられる <input type="checkbox"/> 術後の安静が理解できる		<input type="checkbox"/> 創部の安静が保持できる <input type="checkbox"/> 術後合併症を起こさない			<input type="checkbox"/> 日常生活動作 リハビリテーションを 援助する	
検査				<input type="checkbox"/> 採血があります	<input type="checkbox"/> 状態に応じて適宜検査します			
処置	<input type="checkbox"/> 歯科受診があります			<input type="checkbox"/> 出血の状態をみて排液チューブを抜きます <input type="checkbox"/> リハビリの状況により尿管チューブを抜きます	<input type="checkbox"/> ガーゼが汚れたり テープが剥がれた時は 交換します	<input type="checkbox"/> おおよそ7日前後で 糸を抜きます		
薬	<input type="checkbox"/> 現在内服中の薬は薬局で 検薬します <input type="checkbox"/> 医師の指示がある薬剤 だけ内服してもらいます				<input type="checkbox"/> 抗生剤の内服が 開始となります			
点滴		<input type="checkbox"/> 点滴があります						
食事	<input type="checkbox"/> 手術前日の21時から固形物は食べれません <input type="checkbox"/> 補水液を午前中の手術は手術当日の7時までに 午後からの手術の方は10時までに飲んで下さい	<input type="checkbox"/> 絶食です <input type="checkbox"/> 水分は看護師が お腹の状態を見て 少量から摂取して もらいます		<input type="checkbox"/> 朝食から食事が出ます <input type="checkbox"/> 体の動きに制限があるので 横向きで食べてもらうこともあります	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません			
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません	<input type="checkbox"/> ベット上安静です <input type="checkbox"/> ベットも起こせません <input type="checkbox"/> 体の向きを変える時は 看護師が介助します		<input type="checkbox"/> ベット上安静です <input type="checkbox"/> ベットも起こせません <input type="checkbox"/> チューブを抜いた後は装具を装着して座ったり 歩行器を使用しての歩行が可能となります	<input type="checkbox"/> リハビリの許可があれば 杖での歩行や 器具を使わずに歩くことができます			
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴を してもらいます			<input type="checkbox"/> 看護師が身体を 拭きます	<input type="checkbox"/> 看護師が身体を拭きます <input type="checkbox"/> 手足のみお湯につけて洗います <input type="checkbox"/> 洗髪します	<input type="checkbox"/> 全て糸を抜いたあとは シャワー浴ができます	
説明・指導	<input type="checkbox"/> 主治医・麻酔科の医師 看護師より手術前の 説明があります		<input type="checkbox"/> 主治医より手術後の 説明があります	<input type="checkbox"/> 麻酔科の医師の診察があります <input type="checkbox"/> 薬剤師より服薬指導があります	<input type="checkbox"/> 歯科医師より継続処置が必要と説明を受けた方のみ 退院後の歯科受診の予約をお取りください			

*状況により予定が変更になることがあります

担当医 _____ 印

担当看護師 _____

上記内容について説明を受けました

(同意年月日 年 月 日) 本人・代理人 署名 _____

尼崎中央病院

(続柄 _____)