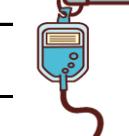
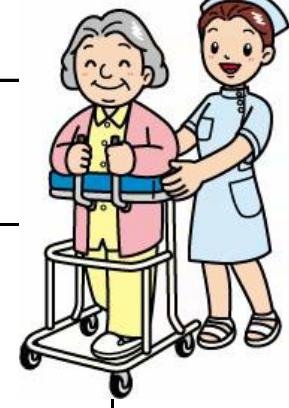
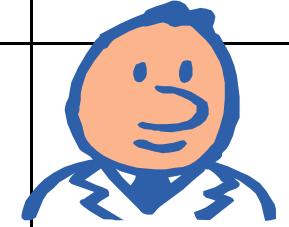


入院診療計画書－人工骨頭置換術を受けられる患者様へ－

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	入院日	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～ 3・4週間(退院)
			手術前	手術後				
目標		<input type="checkbox"/> 手術内容の説明を受け 同意している	<input type="checkbox"/> 手術を不安なく 受けことができる	<input type="checkbox"/> 手術後の安静が 保持出来る	<input type="checkbox"/> 合併症を起こさない (1-3日)	<input type="checkbox"/> 痛みのコントロールが出来る		<input type="checkbox"/> 退院後の生活上の 注意点が理解出来る
検査					<input type="checkbox"/> 採血があります		<input type="checkbox"/> 採血があります	
処置	<input type="checkbox"/> 弹性ストッキングの 測定をおこないます	<input type="checkbox"/> 歯科受診があります	<input type="checkbox"/> 術衣・紙パンツに 更衣し弹性ストッキングを 履きます			<input type="checkbox"/> 状態に応じてガーゼ交換を行ないます		
薬			<input type="checkbox"/> 手術当日朝の内服は 麻酔科医の指示通り 内服します		<input type="checkbox"/> 鎮痛剤と抗凝固剤の 内服が開始に なります			<input type="checkbox"/> 抗生剤の内服が 3日間あります
点滴				<input type="checkbox"/> 手術後から 点滴が始まります	<input type="checkbox"/> 抗生剤の点滴を3日間行います			
食事	<input type="checkbox"/> 既往に応じた食事の 提供を行います	<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"/> お茶・お水以外の物は 飲まないで下さい <input type="checkbox"/> 夕食後の飲水量を計測します	<input type="checkbox"/> 午前手術は6～7時 午後手術は9～10時の 間で補水液を2本飲んで 頂きます <input type="checkbox"/> お茶・お水は午前手術は 7時午後手術は10時迄 飲む事が出来ます	<input type="checkbox"/> 手術後は医師の 指示で飲水のみ 可能となります	<input type="checkbox"/> 朝食から 食事が始まります			
安静度	<input type="checkbox"/> 安静制限ありません	<input type="checkbox"/> 安静制限ありません		<input type="checkbox"/> 手術後はベッド上 安静となります	<input type="checkbox"/> 手術部位の管を 抜いたら理学療法士と リハビリを開始します		<input type="checkbox"/> 状態に応じて 歩行練習が 始まります	
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 手術前日は シャワーに入ります <input type="checkbox"/> マニキュア・ペディキュアは 落としてください <input type="checkbox"/> 歯を磨いてください		<input type="checkbox"/> 化粧水など顔に つける物は使用 しないでください <input type="checkbox"/> 歯を磨いてください	<input type="checkbox"/> 看護師の介助にて 体を拭いて 着替えをします	<input type="checkbox"/> 状態が安定していれば 尿の管を抜きます	
	看護				<input type="checkbox"/> 手術中に尿の 管が入ります <input type="checkbox"/> 手術部位に 管が入ります			
説明・指導		<input type="checkbox"/> 看護師より手術に ついて オリエンテーションが あります	<input type="checkbox"/> 主治医より手術の 説明があります <input type="checkbox"/> 麻酔科医より麻酔の 説明があります <input type="checkbox"/> 手術室看護師より麻酔 などの説明があります		<input type="checkbox"/> 手術後心電図の 装着 必要に応じて 酸素投与を行います <input type="checkbox"/> 体を動かす時は ナースコールで お知らせください			<input type="checkbox"/> 主治医の許可が あれば退院できます <input type="checkbox"/> 歯科医師より 継続処理が必要と 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

印

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 _____ (続柄 _____)

#VALUE!