

# 入院診療計画書－人工膝関節全形成術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 <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・検査を不安なく受けることができる	<input type="checkbox"/> 手術後の安静度が理解できる		<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"/> 弾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"/> 弾性ストッキングをはきます		<input type="checkbox"/> 手術部位の管が抜去となれば、機械で膝を曲げるリハビリが開始となります <input type="checkbox"/> 状態に応じ消毒をします			
薬			<input type="checkbox"/> 手術当日朝の内服は麻酔科の指示通り内服します 		<input type="checkbox"/> 鎮痛剤の内服が開始になります 			<input type="checkbox"/> 抗生剤の内服が5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"/> 21:00以降は絶食です OS-1の飲用を開始します	<input type="checkbox"/> 1日絶食となります	<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"/> 安静制限はありません	<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車椅子での移動ができます		<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"/> 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		<input type="checkbox"/> 抜糸後からシャワーに入れます
	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"/> 看護師より説明があります 	<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"/> 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_)