

入院説明日：

入院診療計画書

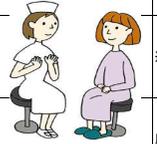
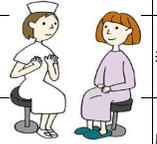
大腿骨人工骨頭置換術を受けられる

様へ

入院時の診断・病態

診療科：整形外科

病棟：

月日(日時)	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
経過(病日等)	外来	入院日	手術決定～手術前日	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目	手術後4～7日目	手術後8～14日目	手術後15～20日目	退院日
目標	治療の目的を理解し同意している	治療の目的を理解している不安を表出できる	手術前後の流れが理解できる不安を表出できる 手術の必要物品が準備できる	手術に臨む身体的・精神的準備が整っている	血圧・体温・脈拍・呼吸状態が安定している 痛みが鎮痛剤で軽減する 創部からの異常な出血がない	血圧・脈拍・体温が安定している 発熱がない(38度以下) 痛みが軽減する 創部からの出血がない	発熱がない(38度以下) 痛みが軽減する 介助下で車椅子乗車できる	発熱がない(38度以下) 痛みが軽減する 車椅子へ自立で移動できる	発熱がない(38度以下) 痛みが軽減する 補助具を使って歩行できる	発熱がない(38度以下) 痛みが軽減する シャワー浴や更衣ができる 補助具を使って歩行できる	発熱がない(38度以下) 痛みが軽減する シャワー浴や更衣ができる 補助具を使って歩行できる 退院後の生活に不安がない	自宅での生活に不安なく退院できる 今後の治療方針について説明をうけ納得している
処置・薬	血液をサラサラにする薬を飲まれている方は医師にお伝え下さい 常用している薬があれば入院時に持参してください	内服薬を持参してください 必要時は骨折している足を牽引します		医師の指示があれば、朝に薬を飲んでもらいます	手術中に股関節のレントゲンを撮ります 手術中に点滴の針が入ります ドレーンが入ります 朝まで点滴があります。	抗生剤の点滴が朝・夕あります 血栓予防の皮下注射を行います 点滴が終了すれば針を抜きます 医師にてドレーンを抜きます	手術後2日目～10日目まで血栓予防の皮下注射を行います 必要時にガーゼ交換をおこないます			術後14日目頃に 抜糸をおこないます		
検査	血液検査・心電図 レントゲン・節活量の検査があります					血液検査があります		血液検査があります	術後7日目に レントゲン検査があります	術後14日目に 血液検査とレントゲン検査があります		
観察		足の運動状況や痛みを確認します *痛みや苦痛があるときは遠慮なく申し出てください 体温をします 身長と体重を測ります		手術前に検温をします	状態が落ち着くまで適宜、血圧を測定します 傷の状態や足の痛み・しびれ・運動状況を確認します 痛みや吐き気があるときは申し出てください	検温があります (6時・10時・14時・19時・22時) 足の痛み・運動状況と痺れの確認を行います	検温があります (6時・10時・14時・19時) 足の痛み・運動状況と痺れの確認を行います	検温があります (10時・14時・19時) 足の痛み・運動状況と痺れの確認を行います	検温があります(10時) 足の痛み・運動状況と痺れの確認を行います			
活動		ベット上安静となります(ギャッジアップはできます)			ベット上安静となります 機を向くときは看護師が介助します	ベット上で座位になれます	リハビリが開始します 車椅子移動できます		歩行器歩行できます。(車椅子移動が自立してから、歩行器一歩歩行とリハビリは段階的に進めていきます)			
食事		必要時は治療食となります	食事は手術前日の夕食までです	朝から絶食です 飲水は( )時までです	絶食です 腸の動きが確認できれば飲水できます	朝から食事を再開します						
清潔		適宜、清拭を行います				清拭をおこないます		医師の許可があれば機をテープで保護してシャワー浴できます 抜糸後は入浴できます				
排泄		尿管が入ります(痛みが強く動けない時)			手術中に尿管を入れます			車椅子乗車できれば尿管を抜きます 移動動作が安定するまで看護師が付き添います				
患者様及びご家族への説明・書類	日常生活について伺います 以下の説明を行います ・入院申し込み ・手術必要物品 ・禁煙 ・入院診療計画書	薬剤師で薬の確認をします 本人確認のためリストバンドを装着します 血栓予防のためのストッキングを着けます 栄養士から食事指導があります(特別食の場合)	主治医・麻酔科から手術について説明があります 手術室の看護師が訪問します 手術物品を確認します 手術する部位にマーキングをします	ご家族の方は手術終了まで病院内で待機していただくようお願いいたします	手術後に主治医から手術中の経過をご家族に説明します			脱臼予防について説明を行います			退院は基本的に10時です 次回の受診日の説明と、退院療養計画書・診察券をお渡しします	

説明医師：

印

受け持ち看護師：

説明看護師：

患者または

患者家族氏名：

上記について説明を受け、理解しましたので同意します

年 月 日

注1: 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わることがあります。

注2: 入院期間については現時点で予想される期間です。ご了承ください。