

# 入院診療計画書（2日前入院・股関節の手術を受けられる方へ）入院期間約3週間

ID: <<SYPID>>

患者氏名: <<ORIBP\_KANJI>> 様

生年月日: <<ORIBP\_BIRTHDAY\_W>>(<<ORIBP\_BIRTHDAY>>)

病名(症状):

入院科/病棟: <<INDICATESTAFF\_SELECTEDDEPT\_NAME>> / <<OREVF\_A>>







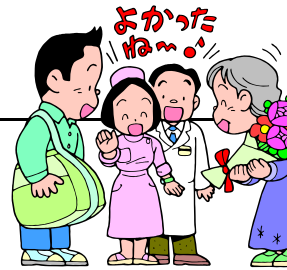


主治医: <<ORDCT\_S\_A>> ㊞

担当医: <<ORDCT\_T\_A>>

担当看護師: <<ORDCT\_N\_A>>

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せん	○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		○水分をとります ○朝から食事が出ます				
看護	○体温・脈拍・血圧測定 ○シャワー浴できます	○体温・脈拍・血圧測定	○体温・脈拍・血圧測定 ○疼痛コントロールを行います ○傷の状態の観察を行いません	○体を拭き着替えます ○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せん	○体温・脈拍・血圧測定 ○看護師が歩行状態の見守りを行いません	○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せん		○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せん			○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
	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
機能評価	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
	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

以上の説明を受け、治療内容を理解しました。

<<DYTODAY>>

説明者:  
説明を受けた人:  
(代表者)

続柄  
( )

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