

入院診療計画書（前十字靭帯再建術を受けられる方へ）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

氏名 @PATIENTNAME

様

症状

@PATIENTWARD

病棟

@PATIENTROOM

号室

担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

その他担当者名

月日	手術決定から入院まで	手術前日	手術当日（前）	手術当日（後）	術後1日（ / ）	術後2日（ / ）	術後3, 4日（ / ）	術後7日（ / ）
経過								
目標					立つことができる。	松葉杖での歩行ができる。	松葉杖が使える装具の着脱ができる。	
検査	外来で麻酔の検査をします	必要な検査があれば行います		痛みは我慢せずにお知らせください	血液検査をします			
治療				疼痛コントロールなどを行います	リハビリ開始です			
処置		リストバンドをつけます 腕に名前を書き		尿管が入ってきます	創の消毒をします。尿管と尿管を抜きます。	創の消毒をします。		創の消毒をします。
観察		 体温・脈拍・血圧測定	 体温・脈拍・血圧測定	 体温・脈拍・血圧測定	 体温・脈拍・血圧測定	 体温・脈拍・血圧測定	 体温・脈拍・血圧測定	
注射				 点滴補液 抗生剤	 点滴補液 抗生剤			
内服	いつも飲んでいる薬をお見せください。薬剤師よりご説明いたします	 普段から飲んでいる薬は飲んでください	 医師から指示のあった薬は少量の水で飲んでください		 くすりの内服を始めます			
食事	 通常通り	夜9時以降は絶食です 水分は指示された時間までとって	絶食です (うがいや歯磨きは可能です)		 通常通り	 通常通り	 通常通り	 通常通り
行動	通常通りです。		歩いて手術室まで行きます		 体拭きを行います			 シャワーが可能になります
説明		手術の説明があります		 術後の説明があります			退院後の生活について説明があります。	 おだいに

注1) 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。

注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい。

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No.46) 承認月日 (平成28年 2月 29日)

特別な栄養管理の必要性
有 ・ 無

上記内容について説明を受け同意いたしました

署名：	続柄：
-----	-----