

# 入院診療計画書

# 人工膝関節置換術を受けられる @PATIENTNAME 様へ

山梨大学医学部附属病院 @PATIENTROOM 号室

主治医 \_\_\_\_\_ 印 担当医 \_\_\_\_\_

病棟師長 \_\_\_\_\_ 担当看護師 \_\_\_\_\_ 担当管理栄養士 \_\_\_\_\_

患者番号: @PATIENTID

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 患者又は代理者サイン \_\_\_\_\_

印

入院薬剤管理指導 (依頼する・依頼しない)

病室の入り口の氏名を表示することに同意 (する・しない)

特別な栄養管理の必要性 (あり・なし)

| 病名:                                   |       | 症状:   |   |   |  |   |   |             |
|---------------------------------------|-------|---|---|---|--|---|---|-------------|
| 外来チェック項目                              |       | 入院日<br>/  | 手術前日<br>/                                     | 手術当日<br>/   | 術後1日目<br>/   | 術後2日目<br>/                              | 術後3日目<br>/  | 術後4日目<br>/  |
| <input type="checkbox"/> 薬剤指導         | 行動範囲  | 安静度自由です<br>転倒しないよう気をつけてください   |   | 術後はベットアップ<br>60度まで可能です  |  | 車椅子に移動できます<br>(看護師が介助します)<br>トイレ移動ができます |   | 自分で車椅子に移ります |
| <input type="checkbox"/> 感染症<br>(同意書) | 検査    |   | 採血  | 手術後の採血  | 採血   | (採血)                                    |   |             |
| <input type="checkbox"/> 血液型          | 薬     | * 毎週木曜日に薬剤師による薬剤指導を行います   | 薬剤師が注射薬・内服薬について説明をします                         | 手術前に点滴や注射をすることがあります<br>手術後、抗生物質の点滴をします                            | 抗生物質の点滴を朝と夕方にします<br>手術前に飲んでいた飲み薬を再開します   |   | 抗生物質を点滴から飲み薬に変更します  |             |
| <input type="checkbox"/> 自己血          | 処置    |   | 入浴をします<br>足の爪を切ります<br><br>夜8時に浣腸をします          | 時 分頃<br>手術室に入室します<br>その前にストッキングをはいて手術着に着替えます<br>準備はその都度看護師が声をかけます |  | 関節の中に入っていた管と背中に入っていた痛み止めの管、尿の管を抜きます     |   |             |
| <input type="checkbox"/> 心電図          |       |   |   |   |  |   |   |             |
| <input type="checkbox"/> 呼吸機能         |       |   |   |   |  |   |   |             |
| <input type="checkbox"/> 術前採血         | リハビリ  |   |   |   |  | 車いすにて移動します                              | 機械を使って膝の曲げ伸ばしを始めます (退院まで続けます)<br>* 必要な回数と時間があります<br>タオルを使って膝を曲げる訓練を始めます |             |
| <input type="checkbox"/> 胸部X-P        |       |   |   |   |  |   |   |             |
| <input type="checkbox"/> 手術同意書        | 説明    | 病棟の設備についてお話しします<br>手術の準備と手術後のリハビリテーションについて説明をします                                    | 麻酔科の診察があります<br>麻酔同意書にサインをします<br>手術室の看護師が訪問します | 手術室より弾性ストッキングとフットポンプをつけてきます                                       |  | フットポンプとストッキングをはずします                     | リハビリ日程の説明をします   |             |
| <input type="checkbox"/> 輸血同意書        |       | 手術の説明・必要な書類を準備します。<br>手術の承諾書・輸血同意書にサインをします<br>弾性ストッキングを用意します                        |   |   |  |   |   |             |
|                                       | 食事    |   | 夜9時以降は飲食禁止です                                  |   | 朝から食事がとれます   |   |   |             |
|                                       | レントゲン |  |   | 手術後膝のレントゲンを撮ります   |  |   |   |             |

お断り: このスケジュールどおりにすすまない場合がありますが、その時は主治医、看護師から説明があります

平成 24 年 5 月 改訂

山梨大学医学部附属病院 整形外科病棟

|       | 術後5・6日目   | 術後1週間<br>／  | 術後2週間<br>／                   | 術後3週間<br>／  | 術後4週間<br>退院日<br>／ |
|-------|---|---|------------------------------|---|-------------------|
| 行動範囲  |   | 車椅子移動ができます<br>デイルームに車椅子で食事に行きましょう<br>看護師が付き添ってシャワー浴をすることができます | 病棟で歩行器あるいは両松葉杖を使って歩行練習をはじめます | 一本の杖で歩行ができるようにしましょう<br>デイルームに歩いて食事に行きましょう   | 退院です              |
| 検査    |   | 採血をします  |                              | 採血をします  |                   |
| 薬     |   |   |                              | 薬剤師が退院後の薬剤指導を行います   |                   |
| 処置    |   |   | 傷の処置します                      |   |                   |
| リハビリ  | リハビリ室で歩く練習を行います<br>理学療法士の指示に沿って行ってください<br> | 歩行器又は両松葉杖を使って歩く練習をします   | ロフトランド杖あるいはT字杖を使って歩く練習をします   |   |                   |
| 説明    |   |   | 外泊ができる方は積極的にしましょう            | 退院日時の説明をいたします<br>退院後の生活について注意点を説明いたします<br>退院日をご家族と相談してください<br>退院後の注意点を説明します退院指導計画書を作成します<br>不明な点は担当の医師・担当看護師にお尋ね下さい |                   |
| レントゲン |   |   |                              | 透視室に行って膝の動きをレントゲンで見て確認をします<br>膝関節のレントゲンを撮ります  |                   |

お断り：このスケジュールどおりにすすまない場合がありますが、その時は主治医、看護師から説明があります

平成24年5月改訂