

骨折観血的整復術（上肢骨折手術）の患者さん（当日手術）

（入院診療計画書）

患者ID: _____

性別: _____ 生年月日: _____

病棟: _____ 病室: _____

患者氏名: _____

病名: _____

症状: _____



経過	入院1日目 (/)		
		手術前	手術後
患者目標	入院・手術の準備をします	手術の準備をします	手術後の全身回復を促します 手術部位のを安静を保ちます
治療・処置	外来ですること <input type="checkbox"/> 血液検査・胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 麻酔科診察があります <input type="checkbox"/> 手術部位にマーキング 	麻酔科から手術準備のお薬があります	点滴があります ・ 抗生剤(術後6時間) ・ 痛み止めの点滴(術後6時間) ・ 持続的な痛み止めを入れている場合は、尿を出すための管を入れています
活動	病棟内、自由です 救急外来での待機の際は指示に従ってください	手術前に薬を飲んだり坐薬を入れた場合は、ふらつくことがあるため、ベッド上で安静に過ごして下さい	ベッド上で安静にします 手術をした方の手は、指先が上を向くように吊り上げて安静を保ちます 
食事	・ 手術終了まで食事はたべられません	・ 午前の手術は朝食はありません。 ・ 午後の手術も朝食はありません。 ・ ()時のお茶またはお水()mlが最後です	・ 1時間後水()ml ・ 2時間後水()ml ・ 水を飲んで吐かなければ食事が始まります
清潔			体拭きをします
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <input type="checkbox"/> 手術の時間をお知らせします <input type="checkbox"/> 手術同意書・麻酔同意書をいただきます <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性について評価します(有・無) <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性を評価します(有・無) <input type="checkbox"/> 薬剤師による常用薬の確認、お薬の説明があります	<input type="checkbox"/> 手術の時間前には来棟してください。しかし、時間が変更になることもあります。	
メモ:			

2020/6/11 作成

骨折観血的整復術（上肢骨折手術）の患者さん（当日手術）

（入院診療計画書）

患者ID: _____ 性別: _____ 生年月日: _____ 病棟: _____ 病室: _____
 患者氏名: _____ 病名: _____ 症状: _____

経過	入院2日目	入院3日目 ~ 5日目(退院日)
	手術後2日目	手術後3日目 ~ 5日目
	(/)	(/) ~ (/)
患者目標	痛みを薬で調整します 痛みに応じて手指を動かします 痛みに応じて立つ・歩くを少しずつ始めます	今後の治療予定が理解できています 不安なく退院します 
治療・処置	<ul style="list-style-type: none"> 点滴、抗生剤(2、14時)があります。 痛み止めの点滴が終わったら点滴針を抜きます 痛みに応じて追加で薬を飲みます 尿の管を入れている場合は抜きます 	<ul style="list-style-type: none"> 痛む場合、薬を飲みます 適宜傷の処置をします
活動	<ul style="list-style-type: none"> 歩行時・活動時は三角巾・アームスリングをつけます 就寝時は、手術した方の手は枕などで高く挙げておきます 手指の曲げ伸ばしを行い、指の動き、しびれの有無などを確認します トイレ、洗面時に立ちます ベッド周りを歩きます 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行時・活動時は三角巾・アームスリングをつけます 就寝時は、手術した方の手は枕などで高く挙げておきます 手指の曲げ伸ばしを行い、指の動き、しびれの有無などを確認します トイレ、洗面時に立ちます ベッド周りを歩きます
食事	通常通り食べられます	
清潔	点滴が抜けた後、ギプスを保護してシャワー浴することが可能ですが、お子様の状況によっては、体拭きとする場合があります。	点滴が抜けた後、ギプスを保護してシャワー浴です
説明・指導	ギプスをしていることで、歩くときにバランスを崩して転倒する危険があります。 幼児は、必ず手をつないで歩行をするようにしましょう。	<input type="checkbox"/> 次回外来日をお知らせします 外来診察前にレントゲンがあります <input type="checkbox"/> レントゲン予約 

主担当医氏名: _____ 印 _____ 主担当医以外の担当者: _____
 _____ 年 月 日 上記の説明を受けました。 患者・家族サイン: _____ (続柄) _____