



骨内異物除去術（下肢・金曜入院）の患者さん（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	入院日(/ /)	入院2~4日目(/ ~ /)	入院5日目(/ /)	
			手術前	手術後
患者目標	入院・手術の準備ができる 感染兆候がない 転倒・転落なし		手術の準備ができる	手術後の全身回復を促せる 手術部位を安静にできる
治療・処置	外来ですること ・血液検査 胸部レントゲン ・麻酔科診察があります ・手術部位にマーキング 	手術前なので、治療・処置はありません	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(2、14時) ・痛み止め点滴(2、8、14、20時)
活動	病棟内自由です		手術まで病棟内 ベッド上で安静にします	ベッド上で安静にします 手術をした方の足を高くして安静にします
食事	通常通り食べられます 入院日に特別な栄養管理が必要か評価します		午前の手術は朝食はありません 午後の手術は朝食は軽食になります。 ()時の糖入り水分()mlが手術前最後です	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	シャワーに入れます		手術日なのでシャワーや体拭きはありません	
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について評価します(有・無)		<input type="checkbox"/> 午前、手術室入室の場合は午前8時までに病室にお越しください <input type="checkbox"/> 午後、手術室入室の場合は午前11時までに病室にお越しください	
メモ	★前日までに手術同意書と麻酔承諾書を記入し、忘れず持参して下さい			

2023/1/17 作成

骨内異物除去術（下肢・金曜入院）の患者さん（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	入院前 (/)	入院後 (/ ~ /)
患者目標	痛みを薬で調節できる 痛みに応じて足を動かせる 立つ・歩くを少しずつ始められる	退院後の生活がイメージできる 手つなぎや松葉杖で歩行ができる
治療・ 処置	点滴があります。 ・ 抗生剤(2、10時) ・ 痛み止め点滴(2、10時) 痛み止めの点滴が終わったら点滴針を抜きます ガーゼ交換します 痛み止めの薬を飲みます	痛む場合、薬を飲みます 傷の状態に応じてガーゼ交換をします
活動	医師・看護師の見守りのもと、車椅子やバギーで移動できます 手術をした方の足は、トイレ・洗面時のみ体重をかけることができます。それ以外の時は、体重をかけずにベッド周りを歩くようにします 膝を曲げ伸ばしします	医師・看護師の見守りのもと、車椅子やバギーで移動することができます 手術をした方の足も、痛みの程度に合わせて体重をかけて歩行します 松葉杖が必要な場合は、病棟で松葉杖歩行の練習をします
食事	通常通り食べられます	通常通り食べられます
清潔	点滴が抜けた後、傷を防水テープで保護してシャワーに入ります	傷を防水テープで保護してシャワーに入ることができます 退院後は、手術後2週間たったら、防水テープなしで入浴できます
説明・ 指導		<input type="checkbox"/> 必要時、松葉杖の借用手続きをします <input type="checkbox"/> 次回外来予約をします <input type="checkbox"/> レントゲン予約をします



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) _____

2023/1/17 作成