

# 骨内異物除去術を受けられる患者さん

## (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	
	手術前	手術後
患者目標	入院・手術の準備をします 感染兆候がありません 転倒・転落しません	手術後の全身回復を促します 手術部位を安静にします
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  病棟ですること 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(手術の後 2回) ・痛み止め点滴 6時間おきに使います  
活動	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 手術をした方の足の足を高くして安静にします。
食事	手術の3時間前まで水分をとることができます ( )時のお茶( )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	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)	
メモ	★前日までに手術同意書と麻酔承諾書と記入し、忘れず持参して下さい	

2021/10/1 作成

2021/11/9 改訂

# 骨内異物除去術を受けられる患者さん

# (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2日目	入院3～6日目
	( / )	( / ) ~ ( / )
患者目標	痛みを薬で調節します 痛みに応じて足を動かします 立つ・歩くを少しずつ始めます	退院後の生活がイメージできます 手つなぎや松葉杖で歩行ができます
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	痛む場合は薬を飲みます 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 手術をしたほうの足は、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。 手術をしたほうの足も、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。 膝を曲げ伸ばしします
食事	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します <input type="checkbox"/> 次回外来予約します <input type="checkbox"/> レントゲン予約します
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) _____		



2021/10/1 作成

2021/11/9 改訂