

# 入院診療計画書

患者氏名 様

病名 人工股関節置換術

平成 年 月 日

| 月 日  | /  | /                            | /                                      |                                  |  |                    |
|--|--|------------------------------|--|----------------------------------|--|--------------------|
| 経過<br><small>(手術日・退院日など)</small>                 |  | 手術前日                         | 手術当日                                   | 術後1～3日目                          | 7日目頃   | 8～12日目頃<br>転院または退院 |
| 治療薬剤<br><small>(点滴・内服)</small>                   |  |                              | 術前・後点滴                                 | 抗凝固剤投与<br>→ 術後2日目抜去              |  |                    |
| 処置   |  | 排便がなければ浣腸を行います               | 術前患部消毒<br>ラッピング<br>下肢に圧迫ストッキング装着(血栓予防) | 当日～術後1日目ドレイン抜去<br>適宜ガーゼ交換        |  | 創部処置               |
| 検査   | 術前血液その他の全身検査   |                              | 術後血液検査<br>術後X線検査                       | 血液検査                             | 血液検査・X線検査<br>下肢静脈エコー                                   |                    |
| 安静度<br>リハビリ<br><small>(OT・PT・STによる指導を含む)</small> | 自由 →   |                              | 医師の指示の角度                               | 術後1日目より<br>理学療法士によるリハビリ開始        |  |                    |
| 食事<br><small>(栄養士による指導も含む)</small>               | 指示の食事になります   | 麻酔科医の診察後、<br>食事と水分の術前指示があります | 指示があれば水分可                              | 術後1日目昼より全粥<br>術後2日目昼より術前の食事になります |  |                    |
| 清潔   | 入浴 →   |                              |  | 適宜清拭を行います                        | シャワー許可   |                    |
| 排泄   | 自由 →   |                              | 膀胱留置カテーテル →                            | 適宜抜去 →                           |  |                    |
| 患者様及びご家族への説明                                     | 主治医より、手術についての説明後、手術承諾書他書類を提出していただきます<br>手術の必要物品や注意事項について、説明を行います<br>医療ソーシャルワーカーの訪問があります<br>麻酔科医の診察後、麻酔同意書を提出していただきます |                              | 手術後の説明を主治医より行います                       | 脱臼予防について説明を行います                  | 入院中、必要に応じてお話させていただきます。(「検査や手術などの前後」、「病状の経過」、「今後の方向性」等) |                    |
| 特別な栄養管理の必要性                                      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (どちらかにチェック)  |                              | 患者様・ご家族の要望                             |                                  |  |                    |

主治医 : \_\_\_\_\_

担当看護師 : \_\_\_\_\_

(本人・家族) \_\_\_\_\_

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後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。