

人工膝関節全置換術

疾患名

主治医

ID:

入院診療計画書

診断群分類

看護師

氏名:

リハビリ療法士

生年月日:

栄養士

性別:

病棟 (病室)

|             | 10月1日   | 10月2日                                  | 10月3日  | 10月4日   | 10月5日                            | 10月6日   | 10月8日   | 10月9日  | 10月12日      | 10月13日             | 10月15日 | 10月16日         |                |  |
|-------------|---|--|--|---|----------------------------------|---|---------|--|-------------|--------------------|--------|----------------|----------------|--|
|             | 手術前日  | 手術当日(前)                                | 手術当日(後)  | 1日目   | 2日目                              | 3日目   | 4日目     | 6日目  | 7日目~        | 10日目               | 11日目   | 13日目           | 14~21日目        |  |
| 目 標         | <input type="checkbox"/> 入院・手術の説明がわかる<br><input type="checkbox"/> 手術を受ける準備ができる<br><input type="checkbox"/> 不安なく手術が受けられる | <input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる | <input type="checkbox"/> 歩行器でトイレに行くことができる<br><input type="checkbox"/> 杖歩行の練習ができる<br><input type="checkbox"/> 術後合併症の兆候がない | <input type="checkbox"/> 病院内を杖で歩行(独歩)できる<br><input type="checkbox"/> 術後合併症の兆候がない<br><input type="checkbox"/> 感染の兆候がない |                                  |   |         | <input type="checkbox"/> 退院の準備が整う                                  |             |                    |        |                |                |  |
| 内 服         | 現在内服中の薬については指示に従って下さい   | 指示のある時は手術前に飲む薬があります<br>点滴開始            | 痛みが強いときは痛み止めを使います<br>点滴終了  |   |                                  |   |         |  |             |                    |        |                |                |  |
| 検 査         |   |  | 採血があります<br>下肢エコーがあります  | 採血があります   | 採血があります                          | 採血・レントゲンがあります   |         |  |             |                    |        | 採血・レントゲンがあります  |                |  |
| 処 置         |   | 手術と反対の足に弾性ストッキングをはきます                  | 足にポンプをつけ血流を促します  | 手術創部の確認、処置を行います   |                                  |   |         |  |             |                    |        | 手術部のフィルムをはがします |                |  |
| 食 事         | 入院中に栄養士の訪問があります   | 指定時間まで飲水できます                           | 状態により飲食開始します   |   |                                  |   |         |  |             |                    |        |                |                |  |
| 安 静<br>リハビリ |   |  | ベッド上で安静です  | 歩行器を使った歩行練習が始まります<br>(1日目はトイレまで歩行)<br>(2日目から杖練習)  | 病棟では杖または歩行器で移動します<br>階段昇降練習を始めます |   |         |  | 可能なら独歩を行います | 退院後の生活についての指導があります |        |                |                |  |
| 排 泄         |   | 手術室で尿の管が入ります                           |  | 歩行ができれば尿の管を抜きます   |                                  |   |         |  |             |                    |        |                |                |  |
| 清 潔         | 手足の爪を切りましょう   | 入浴かシャワーができます                           |  | 体を拭きます  | 手術創部の状態が良ければシャワーができます            |   |         |  |             | 入浴ができます            |        |                |                |  |
| 説 明<br>指 導  | 入院・手術について説明があります  | 麻酔科医の診察があります                           | 手術室看護師の訪問があります   | 医師から家族の説明があります  | 麻酔科医の診察があります                     | 総合評価<br><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし           |         |  |             |                    |        |                | 退院指導・服薬指導があります |  |
| 症 状         |   |  |  |   |                                  | 特別な栄養管理の必要性<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 日常生活能力  | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 介助が必要な状態です  |             |                    |        |                |                |  |
| 本人・家族の要望    |   |  |  |   |                                  |   | 認知機能    | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安定な部分があります |             |                    |        |                |                |  |
| 看護計画        |   |  |  |   |                                  |   | 気分・心理状態 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安定な部分があります |             |                    |        |                |                |  |

本人氏名

説明日時

20 年 月 日 時

医療法人社団 整志会・沢田記念

親族または代理人氏名

続柄:

説明医師

高岡整志会病院

パス-⑨