

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)

	9月1日	9月2日	9月3日	9月4日	9月5日	9月6日	9月8日	9月9日	9月12日	9月13日	9月15日	9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 <input type="checkbox"/> 手術を受ける準備ができる <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 <input type="checkbox"/> 杖歩行の練習ができる <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 <input type="checkbox"/> 術後合併症の兆候がない <input type="checkbox"/> 感染の兆候がない	<input type="checkbox"/> 退院の準備が整う								
内 点	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 点滴開始 	痛みが強いときは痛み止めを使います 点滴終了 										
検 査			採血があります 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	足にポンプをつき血流を促します	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			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 (1日目はトイレまで歩行) (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 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 入浴が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	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 <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						<input type="checkbox"/> あり <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						特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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