

# 経皮的椎体形成術

## 入院診療計画書

病棟（病室）

疾患名

診断群分類

160690 胸椎, 腰椎以下骨折損傷  
(胸・腰髄損傷を含む)

主治医

看護師

リハビリ療法士



















栄養士

ID:

氏名:

生年月日:

性別:

	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7日	9月8日	9月9日	9月10日	9月11日	9月12日	9月13日	
	入院日	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	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10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"/> 痛みコントロールができる	<input type="checkbox"/> 痛み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"/> 痛み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"/> 痛みコントロールができる <input type="checkbox"/> コルセットの着脱が自分ができる <input type="checkbox"/> 術後合併症の兆候がない		<input type="checkbox"/> 退院の準備が整う			
内 点 服 滴	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 	痛みが強い時には痛み止めを使います 	点滴終了										
検 査 置			弾性ストッキングを着用します 	足にポンプをつけ血流を促します 	採血があります	手術創部の確認をします					レントゲンを撮ります	抜糸をします 			
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 リハビリ			病室後ベッド上で安静です手術6時間後よりコルセットをつけて座位になれます	ベッド上で運動を始めますコルセットをつけて歩行練習を始めます 	階段昇降練習を始めます 									退院後の生活についての指導があります	
排 泄			手術室で尿管が入ります		尿管を抜きますトイレ歩行可能となります 										
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 指 導	入院・手術についての説明があります 	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	医師から家族に説明があります 	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					特別な栄養管理の必要性 <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							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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

親族または代理人氏名

続柄:

説明日時

20 年 月 日 時

説明医師

医療法人社団 整志会・沢田記念

高岡整志会病院

パス-6