

人工膝関節全置換術

疾患名

\_\_\_\_\_

主治医

\_\_\_\_\_

ID:

\_\_\_\_\_

看護師

\_\_\_\_\_

氏名:

\_\_\_\_\_

入院診療計画書

診断群分類

070230 膝関節症(変形性を含む)

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								
服薬	現在内服中の薬については指示に従ってください 	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	足にポンプをついて血流を促します	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 (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 <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

\_\_\_\_\_

説明日時

20 年 月 日 時

親族または代理人氏名

続柄: \_\_\_\_\_

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-9