

# 人工股関節置換術

## 入院診療計画書

病棟(病室)

疾患名

診断群分類

主治医

看護師

療法士

薬剤師

栄養士

ID:

氏名:

|          | 1月1日  |      |   |         | 1月2日  | 1月3日 | 1月4日                                       | 1月5日        | 1月6日  | 1月8日       | 1月11日                                     | 1月12日                            | 1月13日                               | 1月14日              |                |
|----------|---|------|---|---------|---|------|--|-------------|---|------------|---|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------|----------------|
|          | 入院日   | 手術前日 | 手術当日(前)                                 | 手術当日(後) | 術後1日  | 術後2日 | 術後3日                                       | 術後4日        | 術後5日  | 術後7日       | 術後10日                                     | 術後11日                            | 術後12日                               | 術後13日以降            |                |
| 目標       | □不安なく手術を受けられる   |      |   |         | □安全に座れる □正しい足の位置がわかり保持できる<br>□安全に車椅子に移動できる                      |      |  |             | □正しい肢位が保てる  |            | □退院の準備ができる                                |                                  |                                     |                    |                |
| 内服点滴     | 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<br><br>点滴開始        |         | 痛みの強い時は指示された痛み止めを使います   |      | 痛み止めの内服が開始となります<br><br>3回目の抗生剤が終了したら点滴終了です |             |   |            |   |                                  |                                     |                    |                |
| 検査処置     | 血液型バンドをつけます<br>採血があります<br>患部の消毒をします<br>検温します                        |      | 弾性ストッキングをはきます<br>患肢にテープをはります            |         | 自己血輸血をします<br>創の中に管が入ります<br>背中に痛み止めの管が入ります<br>手術部位を冷やします         |      | 出血量を見て手術部の管を抜きます<br><br>採血があります            |             | 手術創部の確認、処置を行います<br><br>背中の中の管を抜きます<br><br>採血があります |            | 弾性ストッキングを状態をみて脱ぎます<br><br>採血、レントゲン撮影があります |                                  | 抜糸をします<br>術後12日目に採血、レントゲン、CT撮影があります |                    | 術後17日目に採血があります |
| 食事       | 必要に応じて栄養士の訪問があります   |      | 0時からは食べられません<br>6時からは飲食できません            |         | 帰室後3時間後にお腹の状態を聞きます<br>飲水テストをします<br>状態により飲食を開始します                |      |  |             |   |            |   |                                  |                                     |                    |                |
| 安静リハビリ   | リハビリスタッフが訪問します(術後に訪問する場合があります)<br><br>病棟内は自由に動けます                   |      | 患肢を挙上します<br>ベッドUPフリーです<br>患肢も関節の運動を行います |         | 車椅子に乗れます(見守り)でリハビリ開始です<br><br>痛みに応じて車椅子移乗練習状態に応じて歩行練習可能な場合もあります |      | 歩行器での歩行訓練を開始します                            |             |   |            |   | 杖歩行の訓練を開始します                     |                                     | 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                            |         | 尿の管を抜きます<br>車椅子トイレを使用します(看護師付添)                                 |      |  |             |   |            |   |                                  |                                     |                    |                |
| 清潔       | シャワー浴をします<br>髭剃りをしてください<br>爪切りをします<br>マニキュアは落として下さい                 |      |   |         | 体を拭きます<br>陰部を洗います   |      |  |             | 創を保護しシャワーが可能です                                    |            |   |                                  |                                     |                    |                |
| 説明指導     | 入院・手術・薬についての説明があります<br>麻酔科医の診察があります<br>相談員の訪問があります<br>家の状況について確認します |      | ☆手術までにバスタオル、T字帯(または紙オムツ)を用意してください       |         | 医師から家族に説明があります<br><br>検査、安静度について説明があります                         |      | 麻酔科医の診察があります<br><br>総合評価<br>□あり □なし        |             |   | 転帰先の確認をします |   | 抜糸後はいつでも退院可能です<br>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 |   | 日常生活能力     |   | □問題なし □介助が必要な状態です                |                                     |                    |                |
| 本人・家族の要望 |   |      |   |         |   |      |  | □あり □なし     |   | 認知機能       |   | □問題なし □不安定な部分があります               |                                     |                    |                |
| 看護計画等    |   |      |   |         |   |      |  |             |   | 気分・心理状態    |   | □問題なし □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

西暦

年

月

日

主治医氏名