

人工股関節置換術  
(腎機能障害あり)  
入院診療計画書

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:

病棟(病室)

|             |                                                                                                                                            |                                   | 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<br>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<br>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<br>          | 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<br>                                  |                                               | 手術創部の確認、処置を行います<br><br>背中の管を抜きます<br>採血があります<br> |      | 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<br><br> |         | 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<br>  |                      | 術後17日目に採血があります<br> |
| 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<br>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>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しましょう<br> | 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<br>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<br> |                                   |                                                                                                                               | 体を拭きます<br>陰部を洗います<br>                                              |                                               |                                                                                                                                    |      |                                                                                                               | 創を保護しシャワーが可能です<br> |                                                                                                            |         |                                                                                                                                                                                                                |                      |                                                                                                       |
| 説 明<br>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                                                                        |                                   | 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                                                                                                                                           |                                               |                                                                                                                                    |      |                                                                                                               | 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                                                                                                                                                                               |                      |                                                                                                       |
|             |                                                                                                                                            | ☆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 | 検査、安静度について説明があります                                                                                                             | 総合評価<br>□あり □なし                                                                                                                                        |                                               |                                                                                                                                    |      |                                                                                                               |                                                                                                         |                                                                                                            |         |                                                                                                                                                                                                                |                      |                                                                                                       |
| 症 状         |                                                                                                                                            |                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |                                               |                                                                                                                                    |      |                                                                                                               | 特別な<br>栄養管理の<br>必要性                                                                                     | □あり<br><br>□なし                                                                                             | 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    |                                                                                                                                            |                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |                                               |                                                                                                                                    |      |                                                                                                               |                                                                                                         |                                                                                                            | 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