

腰椎後方(非固定)  
入院診療計画書

病棟（病室）

疾患名

看護師  
療法士

薬剤師  
栄養士

ID: 〇  
氏名: 〇

|             |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                    | 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7日 | 1月8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6日 | 術後7日 | 術後12日      | 術後13日                                                                                                       |
| 目 標         | □不安なく手術を受けられる                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                    |                                                  |                                                                                                              | □安全にリハビリを行うことができる           |                                                                                                                    |      |                                                                                                     |                                                                                                     |      |      | □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>点滴終了予定です                                                                                  |                             |                                                                                                                    |      |                                                                                                     |                                                                                                     |      |      |            |                                                                                                             |
| 検 査<br>処 置  | 血液型バンドをつけます<br>検温します                                                                                                                                                                                                     | 弾性ストッキングをはきます<br><br>手術室で心電図を装着します                                                                                 | 手術室で傷口に管を入れます                                    | 採血があります <br><br>心電図をはずします | 傷口の管を抜きます<br><br>C T 検査をします | 手術創部の確認、処置を行います<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                                                                                  | 採血、レントゲン撮影があります  |      |      |            |                                                                                                             |
| 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<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）                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                    |                                                  | リハビリ開始です<br>痛みに応じて歩行器で歩行練習を行います                                                                              |                             |                                                                                                                    |      |                                                                                                     |                                                                                                     |      |      |            | 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                                     | 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        |                             | 体を拭きます                         |      | 創を保護しシャワーが可能です  |                                                                                                     |      |      |            |                                                                                                             |
| 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                                                                                                                                                      | ☆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                                                                                          |      |      |            | 退院指導・服薬指導があります<br><br> |
| 症状          |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                    |                                                  |                                                                                                              |                             |                                                                                                                    |      | 特別な<br>栄養管理の<br>必要性                                                                                 | □あり<br>☑なし                                                                                          |      |      |            |                                                                                                             |
| 本人・家族の要望    |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                    |                                                  |                                                                                                              |                             |                                                                                                                    |      |                                                                                                     |                                                                                                     |      |      |            |                                                                                                             |
| 看護計画等       |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                    |                                                  |                                                                                                              |                             |                                                                                                                    |      |                                                                                                     |                                                                                                     |      |      |            |                                                                                                             |

本人氏名  
親族または代理人氏名

説明日 西暦 年 月 日

主治医氏名 〇