

【上肢骨折】
入院診療計画書

疾患名

看護師

薬剤師

ID

療法士

栄養士

氏名

病棟(病室):

| | 月 日 | 月 日 | 1月1日 | | 1月2日 |
|----------|-----------------------------|------|---|---------------------------|-----------------|
| | 入院日 | 手術前日 | 手術当日(前) | 手術当日(後) | 術後1日目 |
| 目標 | □不安なく手術を受けられる | | | □苦痛がコントロールできる | |
| 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  | 痛み止めの内服をします | 点滴終了 |
| 検査 | | | | | |
| 処置 | 血液型バンドをつけます 状態に合わせて固定します | | 弾性ストッキングをはきます | 三角巾で固定します 手術した箇所を冷やします | |
| 食事 | 必要に応じて栄養士の訪問があります | | 0時～絶食です 6時～絶飲食です  | 状態により飲食を開始します | |
| 清潔 | | | 身体を拭く、または入浴かシャワーをします 爪切りをします マニキュアは落としてください 髭剃りをします | | |
| 排泄 | | | | 手術室で尿の管が入ります | 尿の管が抜けてトイレに行けます |
| 安静 | 制限ありません | | | ベッド上で安静です | 制限ありません |
| 説明 指導 | 入院・手術・薬についての説明があります | | 麻酔科医の診察があります | 検査・安静度について説明があります | 回診後、退院可能です |
| 症状 | | | 総合評価:別紙参照 | | |
| 本人・家族の要望 | | | 特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 看護計画等 | | | | | |

| | |
|-----------|--------------------------|
| 本人氏名 | <input type="text"/> |
| 親族又は代理人氏名 | 続柄: <input type="text"/> |

説明日 年 日

主治医氏名