

腓骨断裂手術を受けられる

様の入院計画書（患者ID: _____）

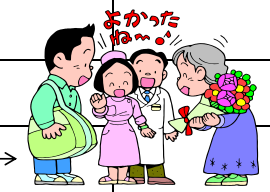
平成 年 月 日

岡山赤十字病院 病棟（ ） 整形外科 主治医 _____

受け持ち看護師 _____

患者様署名（代理人署名） _____

| 月/日 | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
|--------|--|---|---|--|---|---|--|---|
| 経過（病日） | 入院当日（手術前日） | 手術当日（手術前） | 手術当日（手術後） | 手術後1日目 | 手術後2日目 | 手術後3～7日目 | 手術後8～14日目 | 手術後15～21日目 |
| 達成目標 | ○手術前の処置が行える。 | | ○出血がなく痛みのコントロールができる。 | | ○可動制限を理解することができる。 | | | |
| 説明・指導 | <ul style="list-style-type: none"> 入院時オリエンテーションを行います。 健康な腕はなるべく動かしましょう。 痛みがある場合は痛み止めを使用しますので我慢せずにお知らせください。 神経麻痺症状(しびれ、手指が動かしにくい)が出たらお知らせください。 手術承諾書と麻酔承諾書に署名し提出して下さい。 手術前オリエンテーションを行います。 手術後リハビリ用の靴、靴下を準備して下さい。 装具の準備をします。 入院日以降、医療相談室で退院後のことを相談して頂くことができます。 | <ul style="list-style-type: none"> 入れ歯は、はめたままにしてください。 金属類は、外してください。 | <ul style="list-style-type: none"> 手術後は装具を装着します。  | <ul style="list-style-type: none"> 神経麻痺症状(しびれ、手指が動かしにくい)が出たらお知らせください。 リハビリ開始します。 | | <ul style="list-style-type: none"> リハビリを続けて行いましょう。 | <ul style="list-style-type: none"> 14日目前後で転院または退院の確認をさせていただきます。 主治医または作業療法士より説明があります。 シャワー浴について説明を行います。 | <ul style="list-style-type: none"> 退院が可能です。 転院になる場合、転院先の病院へ紹介状を準備します。 |
| 処置 | | <ul style="list-style-type: none"> 血栓を予防するため、特殊な靴下を履きます。 | | <ul style="list-style-type: none"> フットポンプ、血栓予防の靴下は終了します。 採血を行います。 | <ul style="list-style-type: none"> 医師がカーゼ交換を行い、創部の管を抜きます。 | <ul style="list-style-type: none"> ガーゼ交換を適宜行います。 | | |
| 薬・注射 | <ul style="list-style-type: none"> 内服中の薬をお預かりします。薬によっては服用を中止します。 | <ul style="list-style-type: none"> 手術前に点滴を行います。 | <ul style="list-style-type: none"> 点滴があります。 | <ul style="list-style-type: none"> 朝と夕に点滴を行います。 | <ul style="list-style-type: none"> 朝と夕に点滴を行います。 | | | |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> 絶食時間をお知らせします。 | <ul style="list-style-type: none"> 絶飲食となります。 | <ul style="list-style-type: none"> 水分、食事開始時間は看護師がお知らせします。 | | | | | |
| 安静 | <ul style="list-style-type: none"> 制限なし | | <ul style="list-style-type: none"> 装具装着しベッド上で過ごします。 背もたれを痛みに応じて起こす事が可能です。 | <ul style="list-style-type: none"> 装具装着し、歩行可能です。 | | | | |
| 清潔 | <ul style="list-style-type: none"> シャワー浴 | | | <ul style="list-style-type: none"> 適宜身体ふきを行います | | | <ul style="list-style-type: none"> 医師の許可によりシャワー浴が可能になります。 | |
| 排泄 | | | <ul style="list-style-type: none"> 手術室でおしこの管が入ります 排便時はオムツまたは差し込み便器を使用します。 | <ul style="list-style-type: none"> おしこの管を抜きます。 | | | | |
| リハビリ | | | | <ul style="list-style-type: none"> 移乗動作訓練、歩行訓練を行います。 | <ul style="list-style-type: none"> リハビリ室で作業療法、関節可動域運動(他動)を開始します。 | <ul style="list-style-type: none"> リハビリ継続 | <ul style="list-style-type: none"> リハビリの継続 | <ul style="list-style-type: none"> リハビリの継続 |



上記入院計画書はあくまで入院中の目安です。状態によっては多少変更がありうることをご了承ください。
 特別な栄養管理の必要性の 有 ・無 （どちらかに○） 総合的機能評価 全介助 一部介助 自立

岡山赤十字 開始年月日 H29. 1.