

アキレス腱断裂手術を受けられる _____ 様の入院診療計画書 (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 _____

患者署名 (代理人署名) _____

月/日	/	/	/	/ ~ /	/
経過 (病日)	入院当日	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	手術後1~2日目	手術後3~4日目 (退院日)
達成目標	○手術と手術の経過について知っている。		○出血や痛みがない。	○歩行器や松葉杖で歩行ができる。	○歩行器や松葉杖で歩行ができる。
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> 手術日の朝までに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を準備して下さい。 		<ul style="list-style-type: none"> ギプスのあたり、神経麻痺症状(しびれ、足の指が動かしにくい)が出たらお知らせください。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後、患肢挙上をしております。 神経麻痺症状(しびれ、足の指が動かしにくい)が出たらお知らせください。 歩行訓練を開始します。 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行訓練を続けて行いましょう。 装具装着の場合は採型後退院となります。 退院後は外来で定期受診となります。
処置		<ul style="list-style-type: none"> 血栓を予防するため、特殊な靴下を歩行できるまで履きます。 	<ul style="list-style-type: none"> 創部はギプス固定の状態です。 	<ul style="list-style-type: none"> 創部はギプス固定の状態です。 採血を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 装具を作成する場合は、1~3日目に採型後退院となります。 装具は外来で14日目に装着となります。
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"> 手術時間によっては点滴を行います。 	<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。 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> 普通食または治療食 手術日の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"> 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"> リハビリが開始になり、歩行訓練をします。 	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 入浴又は身体拭きを行います。 			<ul style="list-style-type: none"> 身体拭きを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ギプスをぬらさないようにしてシャワーに入れます。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 必要時、浣腸を行います。 			<ul style="list-style-type: none"> トイレに行けます。 	
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。 リハビリ室で歩行訓練を開始します。 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行訓練継続。

上記入院計画表は、およその経過の目安です。状態、状況により多少の変化がありえることをご了承下さい。

特別な栄養管理の必要性の 有 ・ 無 (どちらかに○)
 総合的な機能評価の 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助