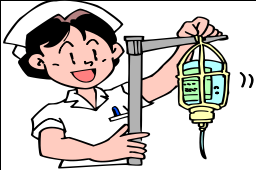


前腕骨折手術を受けられる _____ 様の入院計画書（患者ID: _____） _____ 年 _____ 月 _____ 日

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日目
達成目標	○手術前の処置が行える。		○出血や痛みがない。	○出血や痛みがない。
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。 抗菌薬問診票を提出して下さい。 手術前オリエンテーションを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術着に更衣します。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後、炎症をおさえる為に手術した部位を冷やしましょう。 神経麻痺症状(しびれ、手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、炎症をおさえる為に手術した部位を冷やしましょう。 神経麻痺症状(しびれ、手の指が動かしにくい)が出たらお知らせください。 経過に異常なければ退院となります。
処置				<ul style="list-style-type: none"> 創部は包帯固定の状態です。
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"> 点滴があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝に点滴を行います。
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"> 自由です。 		<ul style="list-style-type: none"> 麻酔が覚めたら制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。
清潔	<ul style="list-style-type: none"> シャワー浴又は身体拭きを行います。 			
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて浣腸を行います。 		<ul style="list-style-type: none"> 麻酔が覚めたら制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。
リハビリ				<ul style="list-style-type: none"> リハビリは必要に応じて行います。

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。

岡山赤十字病院 開始年月 H26、4

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 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助