

上腕骨顆上骨折手術を受けられる _____ 様の入院診療計画書（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	手術後2日目	手術後3～8日目(退院日)
達成目標	○発熱なく過ごすことができる。			○出血や痛みがない。		
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> 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"> 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"> 退院後の生活の注意点について説明します。 退院療養計画書をお渡しします。 経過に異常なければ退院となります。
処置				<ul style="list-style-type: none"> 採血を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師にて創部の消毒を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 術後7日目にレントゲンがあります。
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"> 点滴があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 抗生剤の点滴を行います。 		
食事	<ul style="list-style-type: none"> 絶飲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"> 飲水、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"> 三角巾を装着し患肢を安静に保ちま 		<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。 状態に応じて三角巾を装着します。 		
清潔	<ul style="list-style-type: none"> シャワー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。 		
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 R1、9

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