

人工骨頭置換術を受けられる患者様へ

入院診療計画書（患者用パス）

疾患名

病棟（病室）

（ 号室） 患者様氏名



様 主治医

印

主治医以外の担当者

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無 サイン

説明年月日 年 月 日

月日	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	
経過	入院～手術前日	手術当日（前）	手術当日（後）	術後1日目	術後2～3日目	術後4～7日目	術後8～10日目	術後11～16日目	術後17日目以降
症状									
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛のコントロールができる ・心身共に安定した状態で手術を受けることができる ・転倒・転落することなく安静を保つことができる 		<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛のコントロールができる ・術後合併症の徴候がない ・安静度に合わせた離床ができる 		<ul style="list-style-type: none"> ・転倒・転落予防行動ができる ・1日目リハビリが開始できる 				
活動・安静度	ベッド上での安静です 上半身は起こせません		許可が得るまで 起き上げられません		許可が得れば車椅子に乗ることができます		術後10日目 状態により車椅子、松葉杖、歩行器、杖を使用します		
食事	夕食から食事を提供します 手術前日21時から 絶食です	手術の時間によって小・お茶を飲んでもいい時間があります。 看護師がお伝えします。	食事は食べられません		飲みの飲み物は朝は朝食が 出ます				
内服・点滴	現在内服中の薬は入院後 看護師にお渡し下さい お調べします 必要時点滴をします	朝、必要な薬があれば 飲んで頂きます 点滴があります 	翌朝まで持続点滴を 行います 		痛み止めが出ます（3日間） 必要な薬は内服して頂きます 抗生剤の点滴を行います		傷の痛みが強いときはお知らせ下さい 痛み止めをお渡しします 		退院日に預かってい お薬と手帳をお返し します
清潔・排泄	入浴はできません 清拭・陰部洗浄をします 		清拭・陰部洗浄を行いパジャマに着替えます		傷の状態によりシャワー浴ができます 無理な場合は清拭を行います 入浴日については看護師にお尋ね下さい				
検査	採血・レントゲン・ 心電図等の検査を します 			朝、採血があります	術後3日目 朝 採血があります	術後7日目朝、採血 レントゲンがあります		術後16日目朝、採血 レントゲンがあります 	
処置	動くようになるまで血栓予防に弾性ストッキングを着用します 足を冷やします 折れている方の足を引っ張り 固定する処置をします 尿道にカテーテルを留置します 足の下に枕を入れて挙上します		脱臼予防に足を枕で固定します 手術後血抜きが入ることがあります フットポンプを使用します 傷の周りを冷やします		離床が出来たら尿の管を抜きます フットポンプを外します		傷の状態を見ながら 抜糸を行います		
観察	適宜足の状態や血圧などをチェックします		頻回に血圧や熱の測定が あります 傷の状態も観察します 		適宜傷の観察や血圧・体温の測定をします				
リハビリ	必要があれば術前より リハビリを実施します				ベッド上でのリハビリを 開始します 坐位→車椅子→立位へ 進めていきます 		歩行や日常生活の自立に向けて運動を実施します		
教育・説明・指導	手術についての説明を 医師より行います 入院についての説明を 看護師から行います 手術室看護師の訪問が あります 		手術後主治医から 説明を行います 		離床についての説明を 行います		状態によって栄養指導 を行います 		退院後の注意点につい て説明を行います 次回受診日の説明を 行います 医師の許可が出たら 退院日を決定します
退院後の 治療計画	入院から退院支援について看護師、ソーシャル ワーカーより説明があります 必要に応じて介護保険の説明をします						足の状態によりリハビリの継続が必要な場合が あります。転倒に注意し骨折を予防しましょう 回復期のリハビリが必要な場合は転棟・転院が 必要です。詳しくは、ソーシャルワーカー 又は病棟看護師にご相談下さい		
退院後の治療上 の注意点									
その他 療養計画書	＜看護＞								

・診療内容等は現時点で考えられるもので、今後の検査等を進めていくにしたがって変化する場合があります。その場合は再度説明いたします。

・入院期間については、現時点で予想されるものです。

医師より診療計画内容について十分説明を受けましたので、実施に同意します。

年 月 日 患者署名