


















# 入院診療計画書

|      |           |
|------|-----------|
| ID   |           |
| 患者氏名 | 様         |
| 病名   |           |
| 手術内容 | 全人工膝関節置換術 |
| 症状   |           |

|           |         |
|-----------|---------|
| 入院日       |         |
| 説明日       | 年 月 日   |
| 予想される入院期間 | およそ26日間 |
| 病棟（病室）    |         |
| 診療科名      | 整形外科    |

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。  
注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

|      | 入院日～2日目   | 入院3日目   | 手術前   | 手術後                                  | 手術後1日目  | 手術後2日目  | 手術後3日目                   |
|------|---|---|---|--------------------------------------|---|---|--------------------------|
| 達成目標 | 手術の準備ができる   |   |   | 痛みやつらさがやわらぐ                          | リハビリが開始できる<br>食事が開始できる  | 少しづつからだを動かせる  |                          |
| 食事   |   | 21時以降は食べられません  | 食べたり飲んだりできません  |                                      | 昼から食事開始です  | もともと制限食の方以外は、普通食です  |                          |
| 薬・注射 | 持参されたお薬を確認します  |   | 点滴をします           | 点滴があります（手術後2日目までの予定です）               |   | 血栓予防の薬を始めます  |                          |
| 処置検査 |   | 10時に下剤のみをのみます<br>20時に浣腸をします   | 手術をしない足にストッキングをはきます   | 手術後は、心電図モニター、フットポンプをつけ、必要時は酸素吸入を行います | 採血をします     | 医師がきずの状態をみて、ガーゼ交換をします   |                          |
| 清潔活動 | シャワーが使えます    |   | 手術室に行く前にトイレを済ませ下さい<br>手術後は、おしっこの管が入っています  |                                      | 身体を拭きます    | シャンプーをします   | シャワーができるまで看護師が体ふきや洗髪をします |
|      |   |   |   |                                      | 手術後3日目ごろ、おしっこの管を抜きます  |   |                          |
|      |   |   |   |                                      | 歩けるようになるまではストッキングをはきます（毎日、足を拭いてストッキングの交換を行います）  |   |                          |
|      | 手術に必要な物品を確認します  |   |   |                                      |   | 機械で膝を曲げる運動をします  |                          |
|      |   |   |   |                                      | リハビリを始めます   | 痛みに合わせて、膝の運動・平行棒で足踏み・歩行練習などをします   |                          |
| 説明   | 必要時、医師の説明があります<br>看護師が入院や手術について説明します  |   | 手術中、ご家族の方は病棟デイルームでの待機をお願いします  |                                      | 痛いとき、眠れないとき、不安なときなどは、遠慮なくいつでも、お話しください   |   |                          |

|                               | 手術後4～5日目   | 手術後6～7日目  | ～手術後10日目  | ～手術後15日目  | ～手術後18日目            | ～手術後21日目  | 退院日       |
|-------------------------------|--|---|---|---|---------------------|---|-----------|
| 達成目標                          | 見守りで歩行器歩行ができる  | ひとりで歩行器歩行ができる   | 見守りで杖歩行ができる<br>抜糸ができる   | ひとりで杖歩行ができる<br>日常生活の注意点がわかる   | つきそいで屋外歩行ができる       | 歩行が安定する<br>退院後の生活に不安がない   | 不安なく退院できる |
| 食事                            | もともと制限食以外の方は、普通食です。変更を希望される方は、お知らせください  |   |   |   |                     |   |           |
| 薬・注射                          | 血栓予防の飲み薬をつづけます   |   |   | 手術後16日目から血栓予防の薬が変わります  |                     |   |           |
| 処置検査                          | 手術後7日目に採血をします                             | 抜糸します  | 手術後14日目に採血とレントゲン検査があります  | 手術後21日目にレントゲン検査があります  |                     |   |           |
| 清潔活動                          | シャワーができるまで看護師がお手伝いします                     |   | 手術後14日前後で試験外泊を行います。退院後の生活で気になるところを見つけましょう   |   |                     |  |           |
|                               | 機械で膝を曲げる運動をします   |   |   |   |                     |   |           |
|                               | 入院生活でお困りのことがありましたら遠慮なくお知らせください   |   |   |   |                     |   |           |
| 説明                            |   |   | 試験外泊の日程を検討します<br>ご家族ともご相談ください   | 退院にむけてご心配なことはお話しください  | 看護師が退院後の生活について説明します |   |           |
| 特別な栄養管理の必要性                   | なし   |   | 在宅復帰支援担当者名  |   |                     |   |           |
| その他<br>・看護計画<br>・リハビリテーション など | ・円滑な手術への支援を行います<br>・日常生活動作自立への援助、指導を行います   |   | 在宅復帰支援計画  |   |                     |   |           |
|                               |  |   | 総合的な機能評価  |   |                     |   |           |

上記の内容について主治医・担当看護師より説明を受けました。

担当医師

印

主治医以外の担当者

患者・家族署名

注1) 入院期間については、現時点で予想されるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。  
注2) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。