

入院診療計画書

ID _____

患者氏名 _____

病名(他に考え得る病名) _____

手術内容及び日程 (_____ 月 _____ 日)

検査内容及び日程 下記の日程で行う予定です









症状 _____

入院日
 説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

推定される入院期間 15日間

病棟(病室) _____

診療科名 整形外科

| 治療計画 | 1日目 | 2日目 | 3~4日目 | 5~8日目 | 9~10日目 | 11日目 | 12~14日目 | 15日目 | |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|
| | 手術前 | 手術後 | 手術後1日 | 手術後2~3日 | 手術後4~7日 | 手術後8~9日 | 手術後10日 | 手術後11~13日 | 転院日 |
| 達成目標 | 手術の準備ができる | 痛みやつらさがやわらぐ 出血や発熱がない | 痛み・発熱・傷の状態が落ちついている | | | | | | |
| | 発熱がない | リハビリが開始できる | リハビリができる | | | | 抜糸ができる | 不安なく転院できる | |
| 食事 | 食べたり飲んだり できません  | 状態をみて 飲水します  | 朝から 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 | 点滴をします(手術後2日目までの予定です)  | | | | | | | | |
| 処置検査 | 手術後は、心電図モニター・フットポンプ・酸素吸入を行います 状態が落ちつくまでは頻回に観察します | | 採血をします  | 術後7日目 レントゲン検査 採血をします  | | | 傷の抜糸を します  | | |
| 清潔活動 | 手術後は、おしっこの管が入っています | | 身体を拭きます  | 洗髪をします | シャワーができるまで看護師が体ふきや洗髪をします | | | | |
| | | | おしっこの管を抜きます | | 歩けるようになるまでは、血栓予防のためストッキングをはきます 毎日、足を拭いてストッキングを交換します | | | | |
| | ベッド上安静です | | 術後リハビリを 始めます | 理学療法士・作業療法士がリハビリをします | | | | | |
| 説明 | 入院生活について 説明します | 痛いときや気分の悪いときはすぐにお知らせください | | ご心配や不安なことがありましたら遠慮なくご相談ください | | | | 転院の準備をします | |
| 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 ・看護計画 ・リハビリテーション等の計画 | | | ・円滑な手術への支援を行います ・身体的苦痛の緩和を行います | | | 在宅復帰支援計画 | | | |
| | | | | | | 総合的な機能評価 | | | なし |

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。

主治医氏名 _____ 印 _____

主治医以外の担当者名 _____

本人・家族 _____