

# 入院診療計画書：大腿骨・転子部骨折 手術前入院パス

患者氏名：約束の 人 様

主治医： ㊟

担当看護師：

| 経過日数<br>分類 |       | 入院日<br>#VALUE!                                                                                                                                                                                                         | 入院2日目<br>#VALUE!                                                                                    | 入院3日目<br>#VALUE!                                                                                    |
|------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 患者説明資料     | 処方    | 鎮痛剤が出ます<br>現在、飲んでいる薬を確認します<br>血液をサラサラにする薬は中止します<br>  |                                                                                                     |                                                                                                     |
|            | 注射    | 点滴をします<br>                                                                                                                            | 点滴をします<br>       | 点滴をします<br>       |
|            | 処置    | 患部を冷やします<br>肺塞栓予防のため、フットポンプを装着します<br>                                                                                                 | 患部を冷やします<br>     | 患部を冷やします<br>     |
|            | 検体検査  | 血液・検尿検査があります<br>                                                                                                                      | 血液検査があります<br>    |                                                                                                     |
|            | 画像・生理 | レントゲン、心電図検査があります<br>                                 |                                                                                                     |                                                                                                     |
|            | 食事    | 食事制限はありません<br>特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無<br>                                                                                                   | 食事制限はありません<br>   | 食事制限はありません<br>   |
|            | 清潔    |                                                                                                                                                                                                                        | 看護師が体を拭きます<br> |                                                                                                     |
|            | 体動    | ベッド上のみ動けます<br>                                                                                                                      | ベッド上のみ動けます<br> | ベッド上のみ動けます<br> |
|            | 排泄    | ベッド上で排泄です 尿の管をいれます<br>                           | ベッド上の排泄です<br>  | ベッド上の排泄です<br>  |
|            | 教育・指導 | 入院時の説明があります<br>院内は禁煙です<br>                       |                                                                                                     | 手術日が決まり次第お知らせいたします                                                                                  |

※ 上記内容について説明を受けました。 年 月 日：患者様氏名（代理者氏名・続柄）