

入院診療計画書: 人工膝関節置換術

主治医: _____ ㊞

患者氏名: _____ 様

担当看護師: _____

経過日数 分類		手術前日 #VALUE!	手術当日・前	手術当日・後	手術後1日目 #VALUE!	手術後2日目 #VALUE!	手術後3日目 #VALUE!	手術後4日目以降～ #VALUE! ～
患者説明資料	処方	現在、飲んでいる薬を確認します 		痛みに応じて痛み止めを使います			内服がです 	
	注射	手術前に点滴をします 	点滴があります 	点滴があります 	点滴があります 			
	処置	肺塞栓予防のため、下肢にフットポンプを装着します。		術後酸素をする事があります 	傷の消毒をします 	傷の消毒をします 		
	検体検査			血液検査があります 	血液検査があります 		血液検査があります 	定期的に血液検査があります 
	画像・生理			レントゲン検査があります 				定期的にレントゲン検査があります 
	食事	食事ができます 特別な栄養管理の必要性 (有・無) 	食事はできません (水分のみです) 	夕食から食べることができます 	食事ができます 			
	清潔	洗面はベッド上です 	洗面はベッド上です 	洗面はベッド上です 	看護師が身体を拭きます 		創の状態が良く、車椅子乗車 ができればシャワー浴 が可能です 	
	体動	ベッド上のみ動けます 		ベッド上安静となります 	リハビリが始まります 			
	排泄	ベッド上で排泄です。尿の管を入れます。			尿の管を抜いてトイレで 排泄できます 			
	教育・指導	医師から手術についての説明があります 手術前は禁煙です 麻酔科受診があります 手術室の看護師が術前訪問にうかがいます	看護師から手術の準備について説明があります 					リハビリの状況により医師から 退院許可が出ます 退院日に診察カードを渡しま す。次回受診日を説明します。 

※ 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)