

# 人工骨頭置換術を受けられる方へ（入院診療計画書）

患者様氏名： ID： 病棟： 階 診療科：整形外科 主治医署名： 印

手術内容：人工骨頭挿入術 推定入院期間： 23日間 特別な栄養管理の必要性：  有  無 説明日/説明立ち会い者： 月 日 / 主治医以外の担当者：

- 入退院受付①に 月 日 9時 10時にお越し下さい。
- 承諾書を入院当日持参して下さい。

日付	/ ( ) ~ / ( )		/ ( )		/ ( )	/ ( ) ~ / ( )	/ ( ) ~		
	入院当日～		手術前日		手術当日		術後1日目	術後2～11日目	術後12日目以降
目標	・治療に対する心身の準備ができ、治療について理解できる。 ・安全・安楽に治療を受けることができる。		手術前後のスケジュールについて理解できる。		痛みや循環障害がなく過ごすことができる。		合併症を起こすことなく、手術後の状況に合わせた日常生活を送ることができる。		退院後の生活について理解できる。
治療 検査 処置	・手術に必要な検査を行います（採血・心電図・レントゲン）。 ・問診票に記入していただきます。				・午前中に点滴をします。 ・手術時間は決定次第お伝えします。		・点滴は手術の翌日まであります。 ・ドレーンが挿入されます。 ・手術後は個室へ移動します。		・必要に応じてレントゲンや採血を行います。 ・手術後10日後で抜糸します。
安静度	・ベッド上での安静になります。 ・ベッドアップは痛みの範囲内で可能です。				ベッド上での安静になります。身体を起こさないようにしましょう。		・ベッド上での安静になります。 ・ベッドアップは痛みの範囲内で可能です。		
リハビリ	ベッド上での筋力訓練を行います。						リハビリを開始します。リハビリの状況に応じて車椅子乗車、起立・歩行訓練などを行います。		
検温	状態に合わせて適宜行います。		手術前に行います。		手術後の状態に合わせて行います。		状態に合わせて適宜行います。		
食事・栄養	制限はありません。		21時から絶食になります。		朝から絶飲食です。		 制限はありません。		
排泄	ベッド上での排泄になります。		手術前に排尿をすませてください。		ベッド上での排泄になります。		ドレーンが抜けたら日常生活動作の状態に合わせてトイレに行くことができます。		
清潔	身体を拭いて清潔にします。		手術着に着替えます。		身体を拭き、着替えます。		適宜洗髪や身体を拭いて清潔にします。		抜糸後、医師の許可があればシャワー浴ができます。
薬剤	現在飲まれているお薬を準備して下さい。		痛みがあるときは痛み止めを使用します。						
指導	入院中に薬剤師・管理栄養士より、必要時、お薬・食事について説明があります。								
看護計画	・入院生活や治療の流れについて説明させていただきます。不明な点などがあれば遠慮せずおっしゃってください。 ・症状の観察をさせていただき、異常の早期発見に努めます。 ・検査の目的や準備をわかりやすく説明させていただきます。						・脱臼肢位と脱臼予防肢位について説明します。 ・寝返り時、車椅子乗車時に手術した方の足が内股にならないように、バスタオルを用いてクッションを作ります。 ※バスタオル2枚程度の準備をお願いします。		
患者様 及び ご家族 への 説明	（医師からの説明） ●入院期間/治療について ●手術説明 ●内服中の薬の確認  ・入院に必要な書類の説明をします。 ・入院中の生活についてパンフレットを用いて説明します。 ・看護師から手術についての説明をします。 ・手術同意書を提出していただきます。		・入れ歯、装飾品、ヘアピン、眼鏡、コンタクト等は外してください。 ・貴重品は部屋に置かず、家族の方が管理してください。 ・手術中、家族の方は病棟でお待ちください。		・術後の腫れを抑えるため、患部を冷やし挙上します。 ・血栓予防のため器械をつけます。		・車椅子が可能となれば、血栓予防の器械を外し、必要に応じて弾性ストッキングを着用します。 ・場合により血栓予防の薬を服用することがあります。 ・退院後の日常生活での注意点について説明します。 ・離床後、車椅子が可能となれば、自宅や施設へ退院か、リハビリ病院への転院を希望するかについて、確認を行います。 ・リハビリ病院での治療を希望される場合は、早期から転院調整を行います。		退院後に不安な点や不明な点がありましたら、看護師に申し出てください。

注1) この計画書は現時点で考えられるものであり、病状や検査等を進めていくにしたがって今後変わり得るものです。その際には、再度ご説明いたします。

注2) 患者様には、治療法を選択する権利があります。セカンドオピニオン(他の医療機関の意見)をお聞きになられたい場合は、遠慮なく申し出て下さい。

入院にあたり、病状、治療計画の説明を受け、了承しましたので治療内容に同意します。

同意年月日 年 月 日 患者氏名 説明を聞いた親族等の氏名