

人工股関節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： 人工股関節置換術 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	～ / ()	/ ()	/ ()		/ ()	/ ()～ / ()	/ ()～	
	外来～入院前日	入院当日（手術前日）	手術当日		術後1日目	術後2～9日目	術後10日目～	
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。	在宅環境をイメージしてリハビリを行うことができる。		
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）。 ・必要に応じて自己血の採血を行います。	・問診票に記入していただきます。 ・体重を測定します。	・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。 ・翌朝までマスクから酸素が投与されます。 ・必要に応じて、採血や自己血を返血します。	・術後1～2日目にドレーンを抜去します。ドレーンを抜去後、元の部屋に戻ります。 ・術後1～2日目に抗生剤の点滴があります（1日2回）。 ・必要に応じてレントゲンや採血を行います。 ・必要に応じて創部の処置を行います。 ・入院中に骨粗鬆症の検査を行います。	・必要に応じてレントゲンや採血を行います。 ・手術後10日前後で抜糸します。 ・体重を測定します。		
安静度	制限はありません。				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。	・ドレーンが抜けたら車椅子乗車を開始します。 ・リハビリの状況に応じて動く事ができます。 ・過度な内転、内旋やしゃがみ込みなどの過屈曲、ひねるなどの外旋姿勢は禁忌となります。	
リハビリ	手術までに身体機能の計測を行います。		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。リハビリ状況に応じて車椅子乗車、起立・歩行訓練を行います。	
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。	7時から絶飲食です。			制限はありません。 		
排泄	トイレに行くことができます。	下剤を定期内服されている方は、看護師へ服用するかどうかご相談ください。	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。 手術後より、膀胱留置カテーテルが挿入されます。		離床できたら膀胱留置カテーテルを抜去します。 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。	日常生活動作にあわせてトイレに行くことができます。	
清潔	入浴をして身体を清潔にします。		手術着に着替えます。		身体を拭き、着替えをします。	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	医師から説明があります。 ●入院期間／治療 ●手術説明 ●内服中の薬の確認 ●入院申込み ●手術後の生活に向けての準備物（杖、靴、靴べら、マジックハンド）	・入院後に以下の書類の説明、提出があります。 ◎入院診療計画書 ◎個人情報書 ◎退院支援計画書 ◎手術同意書・輸血同意書 ・筋力トレーニングを指導します。 ◎足関節運動 ◎大腿四頭筋運動など	・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 _____