








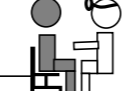





入院診療看護計画表（大腿骨頸部転子部骨折：骨接合術 全麻・腰麻）

病棟 病室 号 氏名（ 富士通 太郎 様 ） 担当医（ ）（ ）（ ） 看護師（ ）

項目	病日 / ()		手術当日		病日 / ()		
	入院日	入院2日目～手術2日前	手術前日	手術当日		術後1日目	術後2日目
				術前	術後		
予定	<input type="checkbox"/> 必要に応じて尿を出す管を入れます <input type="checkbox"/> 骨折している足を足枕で高くします <input type="checkbox"/> 必要に応じて血栓予防のためのストッキングをはきます <input type="checkbox"/> 必要に応じて骨折している足を重りでひっぱります	<input type="checkbox"/> 必要に応じて点滴をします <input type="checkbox"/> 必要に応じて心臓の検査をします <input type="checkbox"/> 必要に応じて内科受診をします <input type="checkbox"/> 必要に応じて心療科受診をします	<input type="checkbox"/> 爪きり・剃毛をします <input type="checkbox"/> 必要に応じて浣腸をします <input type="checkbox"/> 手術同意書を提出してください <input type="checkbox"/> 輸血同意書を提出してください <input type="checkbox"/> 麻酔同意書を提出してください <input type="checkbox"/> 肺塞栓予防同意書を提出してください <input type="checkbox"/> 身体抑制同意書を提出してください <input type="checkbox"/> リハビリ実施同意書を提出してください	<input type="checkbox"/> 手術をする部分を消毒液で拭きます <input type="checkbox"/> 手術が午後の場合は点滴があります 	<input type="checkbox"/> 手術した部分を冷やします <input type="checkbox"/> ストッキングをはずして血栓予防の器械を足につけます <input type="checkbox"/> 抗生剤の点滴があります 	<input type="checkbox"/> 採血があります ※貧血があれば輸血をすることがあります 	
食事	<input type="checkbox"/> 食事可能です 		<input type="checkbox"/> 食事はとれません（水分摂取については医師の指示に従ってください） 	<input type="checkbox"/> 水分・食事が取れます（医師の指示に従ってください）  指示が出たら			
活動	<input type="checkbox"/> ベッド上安静です 痛みに応じて体は起こせません 	<input type="checkbox"/> 必要に応じてベッド上でリハビリをします	<input type="checkbox"/> 手術前にリハビリをしていた場合は、リハビリは休みます			<input type="checkbox"/> ベッド上でのリハビリを主治医が説明します	
清潔		<input type="checkbox"/> 看護師が体をお拭きします 		<input type="checkbox"/> 手術着に着替えます（ネームバンドをつけます）		<input type="checkbox"/> 看護師が体をお拭きします  <input type="checkbox"/> 手術着を着替えます	
説明指導			<input type="checkbox"/> 主治医及び麻酔科医が手術や麻酔について説明します  <input type="checkbox"/> 手術室看護師の説明があります	<input type="checkbox"/> 手術中、ご家族の方は病室でお待ちください <input type="checkbox"/> 貴重品はご家族の方で保管してください	<input type="checkbox"/> 手術後、主治医より結果の説明があります <input type="checkbox"/> 医療福祉課よりご家族の方へ医療相談があります <input type="checkbox"/> 痛みがあるときはお知らせください		

入院診療看護計画表

氏名(富士通 太郎 様)

病日	／ ()	／ ()	／ ()	／ () ~ / ()	／ ()	／ () ~ / ()
項目	術後3日目	術後4~6日目	術後7日目	術後8~9日目	術後10日目	術後11日目
予定	<input type="checkbox"/> 尿の管を抜きます (術後3日目~7日目) <input type="checkbox"/> 血栓予防の器械をはずします <input type="checkbox"/> 必要に応じてガーゼ交換をします <input type="checkbox"/> 点滴は終了です <input type="checkbox"/> 採血があります 		<input type="checkbox"/> 両手足の血圧を測って 左右差を確認します <input type="checkbox"/> レントゲンがあります <input type="checkbox"/> 採血があります 		<input type="checkbox"/> 糸抜きをします	◆連携先病院へ転院される方 転院先にてより専門的な リハビリを行います ◆当院で治療を続けられる方 退院にむけて引き続き リハビリに取り組みましょう
食事						<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> ◎転院先◎  </div>
活動	<input type="checkbox"/> 車椅子にのれます <input type="checkbox"/> リハビリセンターでリハビリをします 手術した足に体重をかけることができます					
清潔						
説明指導	<input type="checkbox"/> 転院先の希望を確認します 