









入院診療看護計画表（全身麻酔による人工膝関節全置換術）

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

病日	入院当日		入院2日目		入院3日目	入院4日目	入院5日目	入院6日目
	手術前日	手術当日	術前	術後	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目
項目	手術前日		手術当日		術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目
目標	<input type="checkbox"/> 落ち着いて手術前の準備ができる		<input type="checkbox"/> 手術を受けることができる		<input type="checkbox"/> 患肢の安静を守ることができる <input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる		<input type="checkbox"/> 患肢に体重をかけて車椅子へ移動ができる <input type="checkbox"/> 積極的にリハビリをすることができる <input type="checkbox"/> 装具が適切に装着できる	
予定	同意書を提出してください <input type="checkbox"/> 手術同意書 <input type="checkbox"/> 輸血に関する同意書 <input type="checkbox"/> 麻酔説明同意書 <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症・肺塞栓症の説明同意書 <input type="checkbox"/> 身体抑制の説明同意書 《外来にて》 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 膝・下肢レントゲン		<input type="checkbox"/> 採血があります <input type="checkbox"/> 点滴がある場合があります ※トイレは点滴の前にすませましょう		<input type="checkbox"/> 酸素吸入をします（中止の指示があるまで） <input type="checkbox"/> 点滴があります <input type="checkbox"/> 膝に固定具をつけます <input type="checkbox"/> 血液排出のチューブが入っています <input type="checkbox"/> 尿を出すための管が入っています	<input type="checkbox"/> 採血があります	<input type="checkbox"/> チューブを抜きます <input type="checkbox"/> 尿の管を抜きます	
食事	<input type="checkbox"/> 食事・水分は指示に従ってください		<input type="checkbox"/> 食事はできません ※水分は指示に従ってください		<input type="checkbox"/> 手術後、食事・水分は指示に従ってください	<input type="checkbox"/> 食事ができます		
活動排泄	<input type="checkbox"/> 制限はありません				<input type="checkbox"/> ベッド上安静にしてください 全身麻酔の場合は、上半身をベッドで起こすことができます <input type="checkbox"/> 患部を冷やします <input type="checkbox"/> 排便はベッド上になります <input type="checkbox"/> 膝の固定具をします	<input type="checkbox"/> ベッドサイドでリハビリを開始します	<input type="checkbox"/> チューブを抜いた後、膝に固定具を付け全体重をかけて車椅子移動ができます	<input type="checkbox"/> 筋力の改善に応じて膝の固定具をとります ※退院まで夜間は装着します <input type="checkbox"/> リハビリセンターで歩行練習をします <input type="checkbox"/> 機械で膝を動かします
清潔	<input type="checkbox"/> 爪切り、除毛をします		<input type="checkbox"/> 手術着に着替えます		<input type="checkbox"/> 手術着を着替えます <input type="checkbox"/> タオルで体を拭きましょう（拭きにくいところは看護師がお手伝いします）			
説明指導	<input type="checkbox"/> 入院までの経過をお聞きます <input type="checkbox"/> 手術、麻酔についての説明があります		<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"/> 担当医よりご家族の方へ結果説明があります <input type="checkbox"/> 痛み、その他何かあればお知らせください			

入院診療看護計画表（全身麻酔による人工膝関節全置換術）

病棟 病室 号 氏名（ 富士通 太郎 様）

病日	／（ ）～／（ ）		／（ ）		／（ ）～／（ ）		／（ ）	
	入院7～8日目		入院9日目		入院10～11日目		入院12日目	
項目	術後5～6日目		術後7日目		術後8～9日目		術後10日目	
項目	術後11～13日目		術後14～18日目		術後19日目		術後20日目	
目標							<input type="checkbox"/> 安全にシャワー浴を行うことができる <input type="checkbox"/> 退院後の注意事項が理解できる	
予定			<input type="checkbox"/> 採血があります 				<input type="checkbox"/> 抜糸をします  <input type="checkbox"/> 採血があります 	
食事	<input type="checkbox"/> 食事ができます 							
活動	<input type="checkbox"/> 筋力の改善に応じて 膝の固定具をとります ※退院まで夜間は装着します <input type="checkbox"/> リハビリセンターで 歩行練習をします 						<input type="checkbox"/> 歩行状態に応じて、 階段昇降や屋外歩行の 練習が始まります 	
清潔	<input type="checkbox"/> タオルで体を拭きましょう (拭きにくいところは看護師が お手伝いします) 						<input type="checkbox"/> シャワーができます 	
説明指導					<input type="checkbox"/> リハビリの進行状況で 外来センター病院へ転院か、 自宅退院かの説明があります。		<input type="checkbox"/> 退院時の指導があります 