

# 腰椎後方手術（固定あり）入院診療計画書

平成25年8月改正

患者さんのお名前


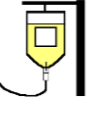










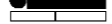








@PATIENTNAME 様

主治医名

@MAIN\_DOCTOR 印

看護師名

@NURSE

日付	入院前	入院日(手術前日)	手術前	手術後	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	7日目	10日目	11日目	2週目	3週目	4週目
患者様の目標	不安なく手術を受ける事ができる				合併症がなく経過する（感染兆候がない）							自宅退院ができる			
治療処置	常に服用している薬があれば医師か看護師にお知らせください。	服薬については、医師の指示に従って下さい。 	点滴をします(翌朝まで) 	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
検査	手術前の検査をします。 		手術中にレントゲンを撮ります。		朝採血をします。 					朝採血をします。 					
食事		普通食。必要時制限食。21時以降絶食。水分制限があります。	飲食できません。 	朝から食事が再開します。(最初は全粥食になります。) 	朝～通常に戻ります（希望があれば食べやすい形態に変更できます。） 										
清潔	シャワー浴ができます 			看護師が介助し体を拭きます。 				シャワー浴ができます。（傷の状態が良ければ） 							
排泄	トイレへ行けます		手術室で尿の管が入ります。				トイレへ行けます。 								
活動安静度	安静の制限はありません。			手術後、ベット上安静になります。 	→	ベットアップ開始します。自分で寝返りも可能です。 	コルセットを装着し歩行器歩行ができます。 				自力歩行ができます。 	退院前、外出、外泊テストをします。 			
説明指導	自宅にコルセットがあれば持参して下さい。手術後に使用する歩行器の調整をします。	医師より手術及び今後の治療計画の説明をします。 	ご家族の方へ手術後の説明をします。 				ベット上リハビリの説明をします。 			シャワー浴の注意点を説明します。					退院に向けての注意点に関して説明します。 
その他リハビリ	足の筋力をつける運動をします。（大腿四頭筋訓練）														
栄養褥瘡料金概算	<ul style="list-style-type: none"> <li>特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>褥瘡の有無 現在 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 過去 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>日常生活自立度 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>準寝たきり <input type="checkbox"/>寝たきり</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>■診療費概算(医事課)</li> <li>●1割負担で244,000円前後、2割負担で488,000円前後、3割負担で732,000円前後</li> <li>●高齢者医療証をお持ちの方は、一月のお支払い限度額が44,400円となります。</li> <li>●限度額適用認定証をお持ちの方は一月の診療費が80,100円を超えた場合は一定の計算割合にて自己負担限度額が計算されます。(所得等の状況により診療費限度額は変わります。)</li> <li>●福祉医療を受けておられる方は健康保険分の診療費はありません。</li> <li>●食事代は1食につき260円となり個人負担となります。</li> <li>※上記はあくまでも概算となっておりますので、参考にしてください。</li> </ul>										

上記のとおり説明を受けました 年 月 日

患者本人署名

親族または代理人署名

続柄



@PATI ENT1 D0032 @PATI ENT SELECTED EDC011 CNCODE @SYSAT @SIME732001 @USER D @PATI ENT WRCODE