

# (右・左) 大腿骨頸部骨折 (近位部骨折含む) 骨接合術 入院診療計画書

H24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

	入院日	手術前日	手術日(術前)	術後	手術1日目	2日目	3日目	4日目	6日目	7日目	10日目	14日目	3週目	4週目	
日付け	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
患者様の目標	手術を不安なくむかえる事ができる			合併症がなく経過する(感染兆候がない)				リハビリに取り組む事ができる				退院できる			
治療処置注射	 常に内服している薬があれば、医師か看護師に申し出て下さい	 必要時、輸血の準備をします アレルギーの確認をします	 手術前に点滴をします	化膿止めの注射をします。術前・術後2回 必要時、痛み止めを使います 傷に管が入ります	傷の診察があります	2日目に傷の管を抜きます	10日目に抜糸をします。								
検査	   必要時、他の診療科を受診します			 貧血の有無を調べます				  採血・レントゲンがあります。				  採血・レントゲンがあります。			
食事	普通食が出ます。(必要時、制限食)	夜9時以降絶食となります。	水分制限があります	 朝食より食事が開始となります											
清潔	 タオルで毎日体を拭きます			  タオルで体を拭きます。傷に異常がなければ2日目以降からシャワーができます。											
排泄	尿の管がはいります			 ベッド上、又はポータブルトイレが使えます。車椅子にて身障者トイレ使用します。											
活動安静度	 ベッド上安静です。	 痛くない程度に起されれます	ベッド上で大腿四頭筋訓練をします	 座ります。足の内側伸ばしの機械を着けます。(2日目より1週間、90度まで)				 歩行器				 松葉杖		杖 外泊できます	
説明	 入院生活や手術についての説明をします。必要時、介護保険について説明します。	 手術室看護師の訪問があります	ご本人と御家族に手術後に転院もしくは自宅退院か要望をお伺いします	 御家族の方へ手術後説明をします。					 完もしくは亜急性期病床へ				転院又は退院の説明をします		
栄養褥瘡料金概算	・特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・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 ・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			■診療費概算(医事課) ●1割負担で150,000円前後、2割負担で300,000円前後、3割負担で450,000円前後 ●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。 ●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。) ●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。 ●食事代は1食につき260円となり個人負担となります。 ※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。											

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 00332 @PATI\_ENT1\_SELECTEDSECT1 ONCODE @YSAT1 @SST1NE668001 @USER1 D@PATI\_ENT1VARCODE