

# (右・左) 人工骨頭置換術入院診療計画書

平成24年9月 改正

患者さんのお名前

@PATIENTNAME 様

主治医名

@MAIN\_DOCTOR 印

看護師名

月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
日付け	入院日	手術前日	手術日		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		
患者様の目標	不安なく手術を受ける事ができる		術後合併症をおこさず経過できる			痛みをコントロールしながら車椅子に乗る事ができる					自宅退院に向けてリハビリを行う事ができる				
治療注射	<p>常に内服している薬があれば、医師か看護師に申し出てください</p>		<p>アレルギーの確認を行います。</p>		<p>化膿止めの注射をします 術前・術中・術後計3回</p> <p>朝より点滴をします</p> <p>痛みの強い時は、指示された痛み止めを使います</p>										
			<p>必要な場合は手術部位の除毛をします</p>		<p>傷に管が入ります</p> <p>背中に痛み止めの管が入ります</p> <p>酸素や心電図をつけます</p>			<p>管を抜きます</p>		<p>管を抜きます</p>					
	<p>足を牽引します</p>														
検査	<p>他科にかかることがあります</p>		<p>必要時、輸血の準備、点滴をします</p>		<p>貧血の有無を調べます</p>			<p>採血・レントゲン</p>		<p>採血・レントゲン</p>					
食事	<p>普通食 (必要時、制限食)</p>		<p>夜9時以降絶食。</p>		<p>水分制限があります。</p>			<p>普通食になります</p>							
排泄					<p>ベッド上、又はポータブルトイレに移動可能です。車椅子にて身障者トイレ使用できます。</p>										
清潔	<p>毎日を拭きます</p>				<p>体を拭きます</p>			<p>シャワーできます</p>							
活動安静度	<p>ベット上安静になります</p>		<p>痛くない程度に起きれます</p>		<p>ベット上での大腿四頭筋訓練をします</p>			<p>座れます</p>		<p>7日目まで1日2回90度まで曲げる機械をします。</p>		<p>歩行器</p>		<p>松葉杖</p>	
	<p>リハビリで機能評価</p>							<p>凹枕除去</p>		<p>外転枕除去</p>		<p>杖</p>		<p>外泊できます</p>	
説明指導	<p>入院生活や手術についての説明をします</p>		<p>手術室看護師の訪問があります</p>		<p>御家族の方へ手術後説明があります</p>			<p>必要時、介護保険について説明します</p>		<p>転院もしくは亜急性期病床へ</p>		<p>退院指導をします</p>			
栄養褥瘡	<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> </ul>														
料金概算	<ul style="list-style-type: none"> <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200,000円前後、2割負担で400,000円前後、3割負担で600,000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



④PATI ENT1 DC032 ④PATI ENTSELECTEDSECT1 ONCODE ④SYSAT ④SSTM662001 ④USER1 D④PATI ENTWARCODE