

# 腰椎後方手術(除圧術) 入院診療計画書

傷病名①

傷病名②

症状  事前検査による異常所見  
 患部の自覚症状  
 (疼痛 しびれ 歩行障害 )

予定入院期間:

入院病棟:

担当医

患者さんのお名前

副担当医

看護師

薬剤師

退院調整担当

リハビリ

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	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	
患者さんの目標	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		
治療注	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) 	抗生剤の点滴をします。 心電図モニターを行い観察していきます 	手術部位の観察をします。 						抜糸します。 	ガーゼ交換終了です。 				
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。 					採血、レントゲンをします。 						
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。(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 		口の中の清潔が保たれるよう観察します	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			可能なら尿の管を抜いて、尿瓶、便器 トイレへ行けます。使用します 												
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。	歩行器歩行ができます。 						自力歩行ができます。 				
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)															
栄養褥瘡自立度	・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			●医療費が高額になった場合、「限度額適用認定証」をご利用いただくことで、窓口での支払負担が既定の金額で済みます。所得により限度額は異なりますので、ご加入の保険者で手続きされる際にご確認ください。 ※認定証は申請した月より適応となりますので手続きはお早目をお願いいたします。なお、同意をいただければオンライン資格確認にて限度額の即日確認が可能です。 ●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。 ●食事代は個人負担となります。(所得により負担額は異なります)												

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



③PATIENTDC032②PATIENTSELECTEDSECT IONCODE@SYSAT@SSTME857001 @USERID@PATIENTWARCODE