

(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

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 歩行困難)

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:  管理栄養士:  退院調整担当:  リハビリ:

日付	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
----	-----	------	---------	----	-------	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	-----	-----

患者さんの目標  
 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ください 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
	弾性ストッキングを着用します 必要時、足を牽引します 患部を冷やします	弾性ストッキングは術後2週間をめどに外します フットポンプを着けます 酸素吸入や心電図モニターを装着します		

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 	口の中の清潔が保てるよう観察します 	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	ベット上安静です 痛くない程度に起きれます ベッド上で大腿四頭筋訓練をします	座ります 車椅子 足の曲げ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が要望をお伺いします 御家族の方へ手術後説明をします	転院もしくは自宅退院に向けてリハビリ継続 転院又は退院の説明をします
----	--	---	---------------------------------------

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	■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 ※上記はあくまでも概算となっており、実際に行った診療内容や日数の増減によって金額が変わることがあります。 ●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

