

(右・左)脛骨骨切り術 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   
 副担当医

看護師

薬剤師

退院調整担当

リハビリ

患者さんのお名前

日付	入院日	手術日(術前)	術後	手術1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	10日目	14日目(2週目)	17日目	
患者さんの目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>不安なく手術を受ける事ができる。</li> <li>リハビリの時に使用する履きやすいシューズを準備してください。</li> <li>入院前に爪を切ってください。</li> </ul>		術後合併症をおこすことなく経過できる。				痛みをコントロールしながら日常生活動作が拡大する。				自宅退院ができる。			
治療 処置 注射	<ul style="list-style-type: none"> <li>常用している内服については、医師の指示に従ってください。</li> <li>アレルギーの確認を行います。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>手術前より点滴をします。</li> <li>化膿止めの注射をします。(術前・術後)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>痛みの強い時は、指示された痛み止めを使います。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>創部はフィルムテープで保護されています。</li> <li>創の状態を観察します。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>保護テープを外します。</li> </ul>					
			<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な場合は手術部位の除毛をします。</li> <li>弾性ハイソックスを履きます。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>フットポンプを装着します。 術後～2日間</li> <li>創部を冷やします。(必要に応じて：約3日間)</li> <li>背中に痛み止めの管が入ります。 管を抜きます。</li> <li>酸素吸入や心電図モニターを装着します。 外します。</li> </ul>									
検査	必要時、輸血の準備をします。			採血を行い貧血の有無を調べます。					7日目 採血 レントゲン CT		14日目 採血 レントゲン			
食事	普通食(必要時、制限食)	夜9時以降絶食	水分制限がありますので前日に説明します。		食事を再開します。		普通食となります。全粥を希望されるときは看護師にお知らせください。							
清潔	シャワー浴できます。	口の中の清潔が保てるよう観察します。			体を拭きます。		3日目 創に異常がなければ、シャワーできます。		シャワーは週2回となっています。					
排泄			尿の管がはいります。		可能な尿の管を抜いてポータブルトイレや身障用トイレを使用します。									
活動 安静度	制限はありません。		術後ベッド上安静になります。		膝を装具で固定し車椅子で移動できます。				ベッド上での大腿四頭筋訓練をします。術後8日目から膝を曲げる機械を1回/日行います。(1日10度ずつ上げ、120度まで行います)120度を1週間行い終了となります。					
	リハビリで機能評価				リハビリを開始します。									
説明 指導	入院生活や手術についての説明をします <ul style="list-style-type: none"> <li>静脈血栓予防のため弾性ハイソックスのサイズを測定後、売店で購入してください。</li> <li>弾性ハイソックスは2週間程度を目安に手術当日から履きます。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>手術当日は手術前～術後まで指定された場所で待機してください。</li> <li>御家族の方へ手術後説明があります。</li> </ul>						<ul style="list-style-type: none"> <li>医師より退院の許可がありましたら退院日を決めましょう。退院指導をします。</li> </ul>					
栄養 褥瘡 自立度	<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>		<p>■診療費概算(医事課)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●1割負担で130,000円前後、2割負担で260,000円前後、3割負担で390,000円前後</li> <li>※上記はあくまでも概算であり、実際に行った診療内容や入院日数の増減によって、金額が変わることがあります。</li> <li>●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。</li> <li>※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。</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>●食事代は個人負担となります。(所得により負担額は異なります)</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



③PATIENTID0032④PATIENTSELECTEDSECTIONCODESYSAT@SSTME894001 @USERID@PATIENTWARCODE