

入院診療計画書

説明年月日

平成 年 月 日

上肢・下肢の骨・軟部腫瘍切除を受けられる患者さんへ(短期)

患者さん氏名

整形外科 ( )病棟 ( )号室

病名・症状

推定される入院期間 約 ( 日・週・月間 ) 手術の内容(術式等)

入院目的

特別な栄養管理の必要性 有・無

|                       | 入院日～術前日                                     | 術当日( / )  | 術後1～2日目( / )～( / )                  |
|-----------------------|---|---|-------------------------------------|
| 内服                    | 持参薬の確認をします<br>術前日センノシド2錠内服                  | 夕方～鎮痛剤内服開始します                                     | → 抗生剤(点滴)終了後、<br>必要時抗生剤(内服)にきりかわります |
| 点滴                    |   | 術前点滴(9時以降手術の場合)があります<br>術後点滴があります<br>術後抗生剤点滴があります |                                     |
| 処置                    | ネームバンドを装着します                                |   |                                     |
| 検査                    |   | 必要時、術後採血があります                                     |                                     |
| 食事                    | 常食(必要時治療食)                                  | 術前絶飲食<br>術後常食(必要時治療食)                             | →                                   |
| 排泄                    |   | 術前排便がなければ浣腸します                                    |                                     |
| 清潔                    | 入浴可   |   | → 体を拭きます                            |
| 安静度                   | 自由  | 麻酔覚醒後、車椅子(下肢の場合)<br>麻酔覚醒後、三角巾装着し独歩可<br>(上肢の場合)    | 松葉杖(下肢の場合)<br>フリー(上肢の場合)            |
| 説明                    | 入院時オリエンテーション<br>術前オリエンテーション<br>手術説明(同意書の確認) | (下肢の場合)<br>外来で松葉杖を借りてください。<br>手術後に使用します。          |                                     |
| 指導、その他(リハビリテーション等の計画) | 麻酔科医の術前訪問<br>手術室看護師の術前訪問                    |   | 退院指導                                |

注1) 診療内容等は現時点で考えられるもので、今後検査を進めていくに従って変更する場合があります。その場合は再度説明いたします。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

主治医署名

説明看護師署名

主治医以外の  
担当者署名

上記の通り、診療計画について十分な説明を受けましたので同意します。

年 月 日

患者本人署名

親族又は  
代理人署名

患者との  
続柄