

患者ID  
生年月日  
性別

# 関節鏡視下前十字靭帯再建術 入院診療計画書

説明年月日 年 月 日

( )病棟 ( )号室 患者氏名: 様 特別な栄養管理の必要性:無・有⇒( )

病名・症状: 入院目的:手術 手術の内容(術式):関節鏡視下前十字靭帯再建術 推定入院期間: 日・週 間

主治医署名: 担当看護師名:

主治医以外の担当者名:

	入院日/手術前日( / )	術当日( / )	術後1日目( / )	術後2日目～退院まで( / ~ / )
内服 点滴	持参薬確認(薬剤師、看護師) 寝る前に下剤を内服します。	9時出棟以外は術前に点滴があります。 術後、点滴と抗生剤の点滴を行います。	朝から鎮痛剤を内服して下さい。 抗生剤の点滴を行います。	抗生剤の内服があります(飲み切り終了)
リ ハ ビ リ	リハビリ診察を行います。		リハビリ開始。リハビリ室での筋カトレーニング、両松葉杖歩行、片松葉づえ歩行と訓練を進めていきます。	
安静度	自由です。	麻酔が覚めればベッド上で座ることができます。 トイレのみニーブレスを装着し板付き車いすに乗車できます	板付き車椅子に乗車して移動できます。手術したほうの足に体重をかけないようにします。リハビリの状況に応じて、病棟内、病院内と一人で動いてよい範囲が拡大します。理学療法士、看護師が判断してお伝えします。	
処置 検査	ネームバンドを装着します。 検温1回	術前1回、術後は適宜検温をします。 術後創部を冷やします。 弾性ストッキング装着	ガーゼ交換を行います。 検温3回 創部アイシング 弾性ストッキング装着(両下肢)	検温1回 創部アイシング 適宜ガーゼ交換
食事	常食(必要時治療食) 21時から絶食、24時から絶飲食	腸の動きを確認後、飲水・食事ができます	常食(必要時治療食)	
排泄	自由	術後、尿の管が入っています。	尿の管を抜きます。	
清潔	入浴可		清拭・体の管が抜けたらシャワー浴。セッティングが必要な場合は週3回です。一人で可能かどうかは看護師が判断します。	
指導・その他 (リハビリ テーション等 の計画)	術前オリエンテーション 麻酔科医、手術室看護師の訪問		歩行が可能になるまでは弾性ストッキングをはいてください。	退院前に退院後の生活上の注意点について看護師から説明があります。

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。

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: 親族または代理人署名: 患者との続柄( )