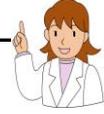


# 入院診療計画書

## 前十字靭帯再建術後関節鏡手術(抜釘を含む)クリニカルパス

患者さん氏名 \_\_\_\_\_ 病名・症状 \_\_\_\_\_ 入院目的 \_\_\_\_\_

推定される入院期間 約 ( 日・週・月間 ) 手術内容 \_\_\_\_\_ 特別な栄養管理の必要性 有・無 \_\_\_\_\_

	入院日( / / )	術当日( / / )	術後1日目	退院日
検処 査置	ネームバンド装着		レントゲンをとります	
注 内 射 服・	薬剤師・看護師が 持参薬を確認します。 22時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。 術後点滴と抗生剤点滴があります。 食事ができれば夕方から鎮痛剤の内服があります。	朝・夕に抗生剤点滴があります。 	
安 静 度	自由です。 	麻酔から覚醒後、トイレ歩行可です。 ベット上安静時は、足枕を使用してください。		
食 事	常食(必要時治療食) 術前日21時から絶食 24時から絶飲食です。 	腸の蠕動を確認後、飲水・食事ができます。  看護師が、お腹の動きを確認します。	常食	
清 潔	入浴可	イブニングケア  看護師が、お手伝いします。	体を拭きます。	
排 泄		術前排便がなければ浣腸します。 麻酔から覚醒後、トイレ歩行可です。  トイレに行けます。		
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があります。 麻酔科医の訪問があります。 手術室看護師の訪問があります。	 	退院後の生活について説明します。 	

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。

H19.1.28改訂 21010-00

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	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