



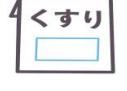





患者ID

入院診療計画書

説明年月日 年 月 日

手の手術クリニカルパス(小児)

整形外科 ()病棟()号室 患者さん氏名 _____ 病名・症状 _____ 手術の内容(術式等) _____
 入院目的 _____ 推定される入院期間 約 _____ (日・週・月間) 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
処検査	ネームバンドを装着します。		レントゲンをとります。	
注内射服・	看護師が持参薬を確認します。 	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。 		
安静度	自由です。 	麻酔から覚醒後トイレ歩行可です。 歩行時は三角巾を使用してください。	三角巾をして自由です。	
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 看護師が、お手伝いします。	
清潔	入浴可です。	イブニングケア	体を拭きます。	
排泄		術前排便がなければ浣腸します。		
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。	術後ベッド上安静時は、手を心臓より高くしてください。	退院後の生活について説明します。 	

兵庫医科大学病院整形外科

2007.8.20 作成 21018-00

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。

患者本人署名	
--------	--

年 月 日	
親族又は代理人署名	
患者との続柄	