

患者ID
生年月日
性別

骨切り術入院診療計画書

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(術式等): 推定される入院期間: 日 週 間

主治医署名: 説明看護師名:

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(/ /)	術後3日目以降(/ / ~)	退院前日(/ /)
内服注射	持参薬確認(薬剤師・看護師)	9時以降の手術は術前に点滴を行います。 術後、点滴と抗生剤点滴を行います。 術後より鎮痛剤と胃薬を内服を開始します。	抗生剤の点滴を行います。	抗生剤の内服を開始します。(飲み切り終了)		
リハビリ	リハビリ診察を行います。 術前リハビリを行います。		ベッドサイドでリハビリを行います。	リハビリ室にてリハビリを行います。 ※詳しいリハビリ内容や松葉杖の使用時期は担当理学療法士に確認してください。		
安静度	自由です。 ※制限がある場合は説明します。	術前は制限ありません。 術後、麻酔が覚めればベッド上で座ることができます。横向きは可能です。 看護師見守りの下車椅子移動可です。 ※荷重、屈曲制限については適宜説明します。	看護師見守りの下車椅子移動可です。 ※荷重、屈曲制限については適宜説明します。	リハビリ担当者と看護師が車いす、ベッド移動状況、車いすの操作状況を確認し、安全に移動ができていれば一人で車いす移動可になります。		
処置検査	ネームバンドを装着します。 同意書類の確認を行います。 手術するほうの足にマーキングを行います(左右間違い防止のため)	術前、帰室直後、30分・1時間・2時間・4時間後に検温をします。 帰室後より心電図モニターを装着します。 手術後、2時間毎に創部のアイシングをします。 手術前は手術しない方の足に弾性ストッキングを着用します。術後は両足とも弾性ストッキングを着用します。	術当日～術後3日目まで2時間毎に創部のアイシングをします。 両足に弾性ストッキングを着用します(術後2か月間装着) 採血をします。	→	夜間のアイシングは希望時のみ行います。	→
食事	常食(必要時治療食 手術前の絶飲食について説明します)	腸の動きを確認後、飲水・食事ができます。 ※必要時軽食など用意してください。	常食(必要時治療食)			
排泄		術後、女性は尿の管が入っています。 男性は尿器を使用します。	尿の管を抜きます。 車椅子でトイレまで移動します。			
清潔	入浴可 ※術前日は必ず入浴してください		体を拭きます。	ドレーン抜去後シャワー浴開始(看護師が説明、シャワー準備をします)		
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。 弾性ストッキングの使用方法を説明します。 術前訪問(麻酔科医、手術室看護師)				アクセラスの使用方法を説明します。ご自身で実施します。(術後3か月継続)	退院指導を行います。

兵庫医科大学病院 整形外科 2026. 5. 改訂 21030-01

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

親族又は代理人署名

(患者との続柄:)