



入院診療計画

説明年月日 年 月 日

手の手術クリニカルパス(全身麻酔用)

整形外科 ()病棟()号室 患者さま氏名 _____ 病名 _____ 入院目的:手術
 主治医以外の担当者署名 _____ 症状 _____ 手術の内容(術式等)
 推定される入院期間 約 (日・週・月) 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 置 査	ネームバンド装着		レントゲンをとります。	
内 注 服 射	薬剤師・看護師が 持参薬を確認します。 眠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。	抗生剤点滴があります。(朝、夕)	抗生剤点滴があります。(朝)
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。	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		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。		
指 導	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、ベット上安静時は、手台を使用してください。	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

H22.11.18改訂

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。

21007-04

主治医署名 _____

説明看護師署名 _____

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: _____)