

@PATIENTID
 @PATIENTNAMEKANA
 @PATIENTNAME

09-01101

＜入院診療計画書＞ 腰椎後方固定術を受けられる患者様へ

EAR 歳 @PATIENTSEXN

	入院当日	手術当日	手術後1日目	手術後2日目	3日目	4日目～退院前日	退院日
検査		<p>*手術は 時 分頃の予定です。</p> <p>・手術後採血を行います。</p>	<p>朝、採血があります</p> <p style="text-align: center;"></p>			<p>・術後6日目に採血とレントゲン検査があります。</p>	(/)
処置	<p>・手術後につける装具の確認を行います。</p> <p>・装具をつける訓練を行います。</p> <p>・弾性ストッキングのサイズを測ります。</p> <p>・手術前日の20時頃に洗腸を行います。</p>	<p>・内服薬は医師の指示に従ってください。</p>		<p>・医師が創のチューブを抜きます。ガーゼ交換もします。</p>		<p>月、木曜日にガーゼ交換があります。</p>	
注射		<p>・朝から点滴をします</p>	<p>内服薬等、すべて再開してください。</p>				
食事	<p>・特に制限はありません。 <small>〔糖尿病などがある方は治療食を摂取してもらいます。〕</small></p> <p>・手術前日の21時以降、絶飲食となります。</p>	<p>朝から絶飲食です。状態に応じて説明します <small>〔午前手術の方は夕食から、午後手術の方は翌朝から再開です〕</small></p>	<p>朝食からベッド上で召し上がっていただきます</p> <p style="text-align: center;"></p>		<p>制限はありません</p>		
活動	<p>・特に制限はありません。</p>	<p>手術後はベッド上安静となります。看護師が体の向きを変えますので、首の安静を保つためにも、ご自分で向きを変えないようにしてください。</p> <p style="text-align: center;"></p>	<p>・ベッド上でコルセットを装着して座ることができます。</p>	<p>・創のチューブを除去後コルセットを装着し、看護師の見守りの元車椅子に乗れます。</p> <p>・車椅子への移動がスムーズにできれば尿管を抜きます。その分トイレへ行く時は車椅子に乗って行くので、ナスコールして下さい。</p>	<p>・歩行器を使って歩きます</p>	<p>・道具を使わず歩きます。 <small>(/)までに立位が安定する</small> <small>(/)までに看護師の見守りの元車椅子に乗ることができる</small> <small>(/)までに歩行器でトイレに行ける</small> <small>(/)までに杖歩行でトイレに行ける</small> <small>(/)までに杖歩行でリハビリ室へ行ける</small> <small>(/)までに道具を使わず歩ける</small></p>	<p>次回受診日は 月 日 : の予定です。</p>
清潔	<p>・手術前日は必ず入浴もしくはシャワーをします。</p>	<p>当日は入浴できません 歯磨き、洗顔は床上でできるようお願いいたします。</p>	<p>看護師が身体を拭かせていただきます。 <small>(シャンプーも希望でさせていただきます)</small></p> <p style="text-align: center;"></p>			<p>創部が防水テープになればシャワーが開始になります。</p>	
説明指導	<p>・入院のオリエンテーションを行います。</p> <p>・手術のオリエンテーションを行います。</p> <p>・主治医より、手術の説明を行います。</p> <p>・手術、麻酔、輸血、抗生剤の同意書にサインをしたら、看護師に渡してください。</p> <p style="text-align: center;"></p>	<p>・気分が悪い、頭が痛い、痛み、しびれが強い等、何かおかしいと思うことがあればすぐにナスコールでお知らせ下さい。</p>	<p>・寝返り、座る、歩く等、身体を動かす時には、コルセットを装着して下さい。</p> <p>・腰をねじらないようにして下さい。</p> <p>・重い物を持ち上げないようにして下さい。</p> <p>・リハビリ医の診察があり、リハビリが始まります。</p> <p>・痛み止めの定期内服が始まります。内服しても痛みが強い時は、他の鎮痛薬を使いますのでお伝え下さい。</p> <p>・車椅子に乗れば、1階のリハビリ室へ行ってリハビリします。</p> <p style="text-align: center;"></p>				

注1) 治療内容・入院期間については、現時点で予測されるものであり、今後治療を進めていくに従って変わりうるものである。

患者・家族からの
 要望または質問 _____

以上のことに関して、内容を理解しました。

総合的機能評価(口あり □なし)

説明者 _____ 年 月 日

同席者署名 _____ (続柄 _____)

同席者署名 _____ (続柄 _____)

患者署名 _____ 同席者署名 _____ (続柄 _____)

※未成年者や本人が署名不可時の場合は代理人が署名のこと