

頌椎の手術を受けられる患者様へ（入院診療計画書）

整-10.01-1

氏名 _____

病名 _____

年 月 日

日時	月 日	月 日	月 日	月 日	退院療養計画書	
経過	入院から手術前日	手術前	手術後	手術後1日目	手術後2～5日目（退院予定）	
目標	<ul style="list-style-type: none"> 手術の必要性が理解できる。 手術に同意している。 	<ul style="list-style-type: none"> 痛みが強い時には早期に対処され緩和する。 異常が早期に発見され対処される。 合併症がなく経過する。 			<ul style="list-style-type: none"> 創部の異常がない。 退院後の留意点がある。 鎮痛剤の使用により、痛みが和らいている。 	<p>退院日（予定）</p> <p>月 日</p> <p>退院後の治療計画</p> <p>・退院後は旭川赤十字病院整形外科外来にて通院治療を行います。</p>
食事	<ul style="list-style-type: none"> 月 日 時から食事（あめ・ガム・ジュース等も含む）ができません。水・お茶以外は口にしないでください。 月 日 時から水・お茶も飲めません。 		<ul style="list-style-type: none"> 許可が出るまで食べたり飲んだりできません。 お腹の動きが確認できてから、食事が再開となります。 			
活動	<ul style="list-style-type: none"> 検査後は、トイレ時以外安静にしてください。 	<ul style="list-style-type: none"> ストレッチャーで手術室に行きます。 手術室に行く前にトイレを済ませて下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 首の安静のため、枕は使用できません。バスタオル一枚をたんで枕の代わりに使用します。高さは看護師が調整します。 	<ul style="list-style-type: none"> 麻酔が醒めたら歩行が許可されますが、はじめて歩く際は看護師が付き添います。 痛みや体調に合わせて、車いすや歩行器を使用できます。 		<p>退院後の療養上の留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> 傷口を強くこすらないで下さい。 医師の許可が出るまで浴槽にはつからず、シャワー浴のみにして下さい。 外来で医師の許可があるまで枕は使用せずにバスタオル一枚程度をたんで枕の代わりにして下さい。（目安は三か月程度です。）
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 手術前はシャワー浴ができます。 			<ul style="list-style-type: none"> 首の管が抜けた翌日からシャワーに入ることができます。 		
点滴・注射			<ul style="list-style-type: none"> 手術後、止血剤と抗生物質の点滴があります。 			
内服			<ul style="list-style-type: none"> 痛み止めが処方されます。痛みが強い時はスタッフにお知らせください。 			<p>保険医療サービス又は福祉サービス</p>
処置				<ul style="list-style-type: none"> 回診時に傷を確認します。 首に入っている管を抜きます。 		
検査	<ul style="list-style-type: none"> 腰から針を刺し、造影剤を流す検査をします。 		<ul style="list-style-type: none"> 手術後、レントゲンを撮ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 場合によって、採血やレントゲンを撮ることがあります。 		
指導・説明	<ul style="list-style-type: none"> 入院中の生活について説明があります。 麻酔科医師、主治医から手術の説明があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術に向かう時は入れ歯・指輪・カツラ・時計・コンタクトレンズ等全てはずしていただきます。髪が長い方は束ねてください。 			<ul style="list-style-type: none"> 医師の診察後退院となります。 退院後の留意点について説明があります。 薬剤師からお薬の説明があります。 	
備考	特別な栄養管理の必要性 有 ・ (無) ☆病状によっては、特別な栄養管理をする場合があります。 40歳以上の方は、別紙《総合機能評価表》を用いて総合的な機能評価を行う場合があります。					

 状態に応じて予定が変更となる場合があります。

旭川赤十字病院 7階みなみ病棟



主治医 _____

印 _____

主治医署名 _____

※主治医の押印がある場合は不要

主治医以外の担当者 _____

看護師: _____

薬剤師: _____

栄養士: _____