入院診療計画書

診断名：アキレス腱断裂　治療方針：アキレス腱手術　Ver.1

ID:　　年　月　日

氏名：　　様　　推定される入院期間：4～7日間

病棟（病室）：　（　　）

【治療計画】

日付	月　日　～　月　日	月　日		月　日	月　日　～　月　日	月　日
経過	入院日～手術前日	手術当日（手術前）	手術当日（手術後）	手術後1日目	手術後2～　日目	退院日
達成目標	・手術に対して理解ができる ・術前に体調管理が継続できる	・手術の準備ができる	・術後、早期合併症を起こさない	・痛みのコントロールができ、病棟内を歩行できる ・退院後の注意事項について理解できる		
安静度 リハビリテーション計画 退院	ハビリテーションの介入が必要な人は、リハビリテーション実施計画書を作成します 病棟内を松葉杖を用いて自由に歩けます。 眠れない場合は、看護師にお申し出下さい。	なるべく手術まで安静にしていて下さい。	指示があるまで、ベッド上安静になります。 主治医からの許可後痛みに応じて歩行や車椅子での移動が可能となります。	病院内を歩行器または松葉杖を用いて自由に動く事ができます。 退院後は外来リハビリを行います。		
栄養管理計画	栄養状態の確認を行い、必要に応じて栄養管理計画を立案します。 通常通りに食べられます。 夕食後は何も食べないでください。 （食事摂取は21時まで）	（　　）時までは水分（水・お茶・清澄水・OS－1）摂取が可能です。	看護師の指示があるまで飲んだり食べたり出来ません。 場合により食事摂取が可能となる事があります。	通常通りに食べたり飲んだり出来ます。		
薬剤管理計画	手術前に点滴をする場合は、点滴の管を確保します。 持参薬を確認します。 （場合によっては中止していただきます） お薬とお薬手帳を看護師に一度全て預けて下さい。	朝から点滴をします。 指示通りに服用して下さい。 （麻酔科指示のもと） 	手術後も点滴をします。 状態に応じて鎮痛剤の処置をしますので、痛みが出てきたら早めに看護師にご連絡下さい。	点滴があります。 終了後抜針します。	創部の状態に応じて抗生剤が処方されます。	
			医師の指示により内服が開始になります。			
検査内容 及び日程	毎日体温・脈拍・血圧を測ります。 採血・心電図・（心エコー）・レントゲン検査を行います。 （外来で行っていればありません）	6時に体温・脈拍・血圧を測ります。 手術前にも同じく測定します。	採血を行う場合があります。		毎日体温・脈拍・血圧を測ります。	
手術処置 内容及び日程	手術部位に医師が印をつけます。	手術前に身につけているものは全て外し、手術着に着替えてもらいます。	心電図モニターをつけます。（医師の指示があるまで外せません） 医師の指示があるまでは酸素マスクをつけます。	出血が多ければ創部の消毒を行います。 創からの管が入っていれば医師が回診時に抜きます。	回診時に消毒を行います。	
清潔 （シャワー・入浴など）	シャワー浴をしていただきます。 （午後入院の場合は家でシャワーを浴びてきていただきます）		医師の指示のもと離床が可能であれば蒸しタオルでお身体を拭きます。	髪を洗う事が出来ます。	医師の指示により創部を濡らさなければシャワー浴が可能となります。	
排泄	歩いてトイレに行く事が出来ます。		尿管が入ってくる場合があります。 尿は管から自然に出るようになります。			
			医師の指示のもと離床が可能であれば尿の管を抜きます。 トイレに行く事が出来ます。		特に制限はありません。	
患者様 及び ご家族への 説明	入院後の生活について説明します。 入院診療計画書の説明をします。 手術承諾書を頂きます。 手術前に医師・看護師から手術室看護師手術に関する説明をします。 麻酔科医による手術前の診察があります。 （外来で行っていればありません）		医師からご家族へ手術結果について説明があります。手術中席を外す際はNsに声をかけて連絡が取れるようにして下さい。 手術後に処置がありますので、ご家族の方にはロビーでお待ちいただくことになります。			退院療養計画書の説明をします。 薬剤師が退院後の薬の内容と管理について説明します。

病名

症状

特別な栄養管理の必要性
有　・　無

その他の計画

在宅復帰支援計画　＊

在宅復帰支援担当者名

総合的な機能評価◇

主治医以外の担当者名	看護師：	薬剤師：	理学療法士：	管理栄養士：

看護計画		主治医	

注1）病名及び治療内容等は、現時点で考えられるものであり、検査・治療を進めていくにしたがって変わり得るものである。
注2）入院期間、表記の日時については現時点の予定である。
注3）＊印は、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する患者にあっては必ず記入すること。
注4）◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。
注5）特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。