













# 入院診療計画書 (肩関節鏡視下手術)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 説明日 \_\_\_\_\_  
 病名 \_\_\_\_\_ (診断群分類:四肢筋腱損傷) 説明者 \_\_\_\_\_  
 病棟 \_\_\_\_\_ 病室 \_\_\_\_\_  
 主治医 \_\_\_\_\_ 病棟看護師長 \_\_\_\_\_ 担当看護師 \_\_\_\_\_ が担当させていただきます  
 栄養管理 管理栄養士 \_\_\_\_\_ が評価させていただきます 特別な栄養管理の必要性  有  無  
 現在の症状  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )

| 日付   | 入院までに                             | 手術前日  | 手術当日  | 術後1日目   | 術後2日目                      | 術後3日目                   | 術後4日目   | 退院後の注意点                |
|------|-----------------------------------|---|---|---|----------------------------|-------------------------|---|------------------------|
| 食事   |                                   | 夕食は普通食です<br>21時以降は絶食です  | 6時までは水分のみ飲むことができます<br>6時以降は、絶飲・絶食です<br>→手術1時間後よりお腹の音が確認できれば、飲水可能です<br>夕方からは普通食です  | 普通食です            |                            |                         |   |                        |
| 安静   |                                   |    | 手術後3時間は<br>ベッド上安静です   | 歩行可能です  |                            | 退院できます                  |  | 激しい運動は避けましょう           |
| 清潔   |                                   | 入浴またはシャワー浴<br>できます  |   | 身体をタオルで拭きます      |                            | シャワー浴ができます              |  | 浴槽につかるのは、<br>次回受診後決めます |
| 検査   | 採血があります<br>レントゲンを撮ります<br>MRIを撮ります |   |   |   |                            |                         |   |                        |
| 処置   |                                   |   | (術後)<br>酸素マスク3時間で終了します<br><br>肩に痛み止めの管が入ってきます   | 創部にはすべてテープを貼ります  |                            | 創部から液が出なければ<br>なにも付けません |   | 痛み止めの管を抜きます            |
| 注射   |                                   |   | 手術前と術後に点滴1本あります。<br><br>手術室と手術後に<br>抗生剤点滴1回あります   |                 | <b>〈退院基準〉<br/>創部の感染がない</b> |                         |   |                        |
| のみ薬  |                                   |   | のみ薬が<br>あります(朝・昼・夕)   |                 | <b>以上を満たせば退院出来ます</b>       |                         |   |                        |
| 説明指導 | 入院の説明を<br>します                     | 手術前の説明をします<br>※入院時から退院支援看護師が、退院後の生活等を相談させていただきます  | 医師が手術結果の説明をします  |   |                            |                         | 退院の指導を<br>します   | 退院時に外来予約票をお渡し<br>します   |
| 目標   | 心身共に、手術の為の準備ができる                  |   |   |   |                            | 創が乾燥している                | 退院する  |                        |

|  |
|--|
| 総合的な機能評価 <input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 対象          |
| 日常生活動作 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察  |
| 認知機能 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察    |
| 気分・心理状態 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |

予定が変更になる場合もあります。不明な点は遠慮なくお尋ねください。

説明を聞かれた方 (本人・家族) \_\_\_\_\_