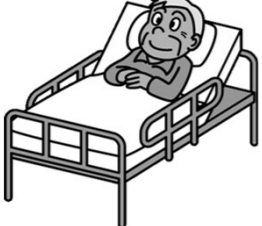









大腿骨近位部骨折 骨接合術を受ける方へ

年 月 日

氏名: _____ 様 病名: _____

主治医: _____ 看護師: _____

月/日	入院日～手術前	手術当日	術後1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	14～20日
		手術前	手術後								転院・退院
行動	<p>ベッド上安静</p> <p>痛みに合わせて、体を起こせます 疾患・状態に応じて、車椅子や歩行可になる場合もあります</p> 	<p>ベッド上安静</p> <p>起き上がることもできません 体の向きを変えたいときは、ナースコールでお知らせ下さい</p> 	<p>歩行可</p> <p>主治医の許可ができるまでは入浴できません 2回/週: 丸で体を拭く 1回/週: ヘアシャンプー</p> <p>痛みに応じて歩けます 始めは車椅子を使用します 少しずつ歩く練習をします</p> 			<p>行動の範囲は主治医と理学療法士が術後の経過、足の動きや支持力などをみて決まります 許可があるまでは看護師の介助のもとで車椅子や歩行器で動いていただきます 遠慮なくナースコールして下さい</p> 					
食事	<p>21時以降絶食</p> <p>夕食まではたべられます 水・お茶は24時まで飲めます。</p>	<p>絶飲食</p> <p>朝から絶飲食です OS1は手術の3時間前まで飲めます。</p>	<p>絶飲食</p> <p>手術後3時間たって、お腹が動いていれば飲水はできます</p>	<p>朝食から普通食</p>	<p>普通食 以降、制限はありません</p> 						
処置	<p>手術部位の毛剃りをすることがあります 髭剃り、爪切り 化粧とマニキュアを落として下さい 入浴または清拭と洗髪をします 深部静脈血栓症予防靴下のサイズ合わせ</p> <p>術前オリエンテーション 身体を横向きになる方法の説明と練習 安静中の排便の方法の練習 車椅子の使い方の説明 ひ骨神経麻痺の説明 ベッド上でのリハビリについて</p>	<p>血栓予防のストッキングを履きます</p> <p>身につけている装飾品、眼鏡、時計、義歯、コンタクトレンズを外して、貴重品はご家族にお預け下さい</p>	<p>酸素吸入をします</p> <p>深部静脈血栓症予防の為、両足に空気力でマッサージする装置を取り付けます</p> <p>手術した足に深部静脈血栓症予防のため、包帯を巻きま</p> <p>手術した側の足を挙上します</p>	<p>ガーゼ交換開始(2～3回/週)</p> <p>車椅子移乗が可能になれば空気圧マッサージを除去します。血栓予防のストッキング、弾力包帯は看護師と相談してから除去して下さい。</p> <p>車イスでトイレに行ければ尿管を抜きます</p>					<p>創部の状態によりガーゼフリーとなります。</p>		
注射 内服	<p>持参薬を預かります 主治医指示にて内服開始</p>	<p>主治医及び麻酔科医の指示にて必要な内服薬以外中止となります。</p>	<p>内服薬はありません</p>	<p>抗生剤の点滴</p> <p>持参薬内服再開</p>							
リハビリ	<p>ベッド上で行うリハビリの説明をします</p>	<p>リハビリの先生の診察があります</p> 		<p>リハビリを開始します</p> 							
検査	<p>採血、レントゲンが適宜入ります</p>										
説明	<p>入院オリエンテーション 手術の説明(説明がまだの方のみ) 手術の説明はご家族と一緒に聞き下さい 手術同意書等の書類の提出(持ち帰らないで下さい) 麻酔科医の診察があります</p>	<p>転院調整を開始します</p>	<p>手術結果説明(ご家族へ)</p>			<p>術後の内服薬の説明</p> 			<p>退院準備についての説明</p> <p>転院される患者様には、転院にむけての説明をします</p>	<p>退院後の生活指導</p>	

転院後は転院先の地域連携パス用紙に続きます

※手術後特別な合併症がなければ2週間程度で転院となります。転院後は、より専門的なリハビリを継続していきます。

注1. 病名等は現時点で考えられるものであり、今後検査を進めて行くにしたがって変わる可能性もあります。

注2. 入院期間については現時点で予想されるもので、今後の経過で変更となる可能性もあります。

注3. この表はおよその経過をお知らせしたものです。種々の都合により、予定通りではないこともありますので、予めご承知下さい。

上記の説明を受け同意しました。 年 月

ご署名 _____ (患者さんとの続柄)