










入院診療計画書 「前十字靭帯損傷(ACL再建) でご入院の

さんへ」

(病名)	(症状)	(説明日)	年 月 日	(ご本人・ご家族)	確認サイン					
経過 月 日	入院時(手術前日)	(術前)	手術当日	(術後)	術後1日目	2~4日目	5~6日目	7日目	10日目	2週以降(退院)
到達目標										
治療 処置 リハビリ テーション	内科・麻酔医の診察があります。 手術する足の除毛を行います。 その後シャワーを浴びます。 排便がなければ緩下剤の内服をします。 ニーブレース装具で足を保護しておきます。	除毛部の確認をします。 点滴を行います。 7時にシャワーを浴びます。	点滴は許可が出るまで続きます。 ニーブレース装具を装着します。 	手術をした部分の消毒とガーゼの交換をします。 状態で点滴は終わります。 抗生剤の点滴は朝と夕2回します。 (セフェム第1世代)	ドレーンを抜きます。 抗生剤の点滴は終わります。 伸展制限があります(-20°) リハビリテーションが始まります。 				手術をした部分の糸を取ります。 ニーブレースより膝装具へ変更します。	リハビリで歩行訓練を開始します。 歩行が安定すれば、退院です。 転院の希望があれば、お伝えください。 
手術	□無 □有 (術式: )									
検査	入院時に検査があります。 血液 尿 レントゲン		レントゲン撮影があります。							
薬剤 服薬指導	日頃から飲んでいるお薬やアレルギーを起こす薬があればお知らせ下さい。 就寝前に下剤を飲む場合があります。 眠れない時はご相談下さい。 						薬剤師が薬の説明をします。 (必要時)			
全身管理 症状	今までにかかった病気等についてお伺いします。 血圧や体温・脈拍を測ります。 風邪に気をつけてうがいや手洗いをして下さい。		手術部の痛みその他、頭痛・吐き気などないかお尋ねします。 その他何でもご遠慮なくお尋ね下さい。	体温や脈拍を測ります。 						
食事 栄養指導	特別な栄養管理の必要性 □有 □無 普通食または治療食です。 24時以降は食べたり飲んだりできません。 			状態で食事ができます。 (お粥 → 普通食または治療食)						
安静度	車椅子かベッド上安静になります。		手術後はベッド上安静になります。			状態で車椅子で動く事ができます。 (体重をかけられません)				手術した方の足に少しずつ体重をかけていきます。
清潔	身体を拭きます。 状態ではシャワー浴をします。			身体を拭きます。 			発熱なければシャワー浴		抜糸後医師の許可でシャワー浴ができます。	
患者・家族 への説明	主治医が入院中の診療計画や手術について説明します。 看護師が入院生活について説明します。 手術の必要物品の説明をします。 ので準備をお願いします。 手術前に感染予防についての説明をします。 手術室看護師が訪問し、手術当日のことを説明します。 手術同意書を提出して下さい。 治療・福祉などの相談がある場合は、看護師が相談員にお尋ねください。		ご家族の方へ主治医より手術後の説明があります。 							主治医から今後の治療・退院について説明があります。 退院後の生活上の注意事項や次回の来院日について説明を致します。 その他おわかりにならない事は遠慮なくお尋ね下さい。

※症状により、予定と異なる場合があります。分からないことがあれば、お気軽に主治医や看護師にお尋ね下さい。

※なお、この計画書を病院側から受け取られた後は、患者さんの責任の下、保管していただきますようお願い申し上げます。

( 病棟 号室) 主治医

印 担当看護師

担当者署名