

入院診療計画書

( 泊 日 ) ( みぎ ・ ひだり ) 手根管開放手術を受けられる ( ) 様 西・東病棟 階 A・B 号室

傷病名： 手根管症候群

症状：

|       | 入院日  | 手術日(前)  | 手術日(後)  | 退院日   |
|-------|--|---|---|---|
|       | 月 日  | 月 日   | 月 日   | 月 日   |
| 目 標   | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術の内容がわかり受容できる</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術が無事に受けられる</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>苦痛なく過ごすことができる</li> <li>手術後の症状や不快感を医師や看護師に伝えることができる</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の過ごし方がわかる</li> </ul>  |
| 説明・指導 | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術についての説明があります</li> <li>看護師から入院生活についての説明があります</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術中疼痛や気分不快などの症状がありましたらすぐに近くにいる医師や看護師に伝えて下さい</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>疼痛増強やその他症状がありましたら看護師に伝えて下さい</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の生活について説明をします(次回外来再来日の連絡)</li> </ul>  |
| 治療処点  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術前に排尿を済ませて下さい</li> <li>手術前に点滴用の静脈留置針を入れ、点滴を開始します</li> <li>車椅子で東3階の手術室へ移動します</li> </ul> <p>※御家族の方へ<br/>手術中に状況の説明がある場合があります<br/>手術中は病棟から離れないようにお願いします</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術後車椅子で元の病室へ戻ります</li> <li>手術後の手は弾性包帯で固定されています</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>点滴用の静脈留置針を抜きます</li> <li>医師が手術創を診察し消毒します</li> <li>再来日に医師が手術創を観察し抜糸します</li> </ul>                                  |
| 内服    | <ul style="list-style-type: none"> <li>現在飲んでいる内服薬の確認をします</li> <li>入院中の内服薬については医師より指示があります</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>内服については医師より指示があります</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>内服については医師より指示があります</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の内服については医師より指示があります</li> </ul>  |
| 食 事   |  <p>水分・食事は制限なく摂ることがことができます</p>  |   |   |   |
| 生活・行動 | <ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術室へは車椅子で入室します</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術終了直後は車椅子か看護師付き添いでトイレ歩行します</li> <li>点滴終了後 ふらつきがなければ、行動に制限はありません。ふらつき等がある場合は看護師を呼んでください</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul>  |
| 観 察   | <ul style="list-style-type: none"> <li>体温、脈、血圧、手足の動きを調べます</li> <li>手指のしびれの程度、症状の観察をします</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>体温、脈、血圧、手足の動きを調べます</li> <li>手指のしびれの程度、症状の観察をします</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>帰室後体温、脈、血圧、手足の動きを調べます</li> <li>創部の状態、しびれの程度を観察します</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術した創の消毒を医師が行い包帯をはずします</li> <li>創部の状態、しびれの程度を観察します</li> </ul>  |
| 清 潔   | <ul style="list-style-type: none"> <li>翌日が手術の方は、シャワー・入浴ができます</li> <li>入院当日が手術の方は、シャワー・入浴はできません</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>シャワー・入浴はできません</li> </ul>   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>創部を保護しシャワーができます</li> </ul>  |

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

在宅復帰支援計画 無 ・ 有 ( )

総合的な機能評価 無 ・ 有 ( )

【診断群分類番号】070160xx01xxxx  
【診断群分類区分】上肢末梢神経麻痺 手根管開放手術等

注1) 病名等は現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることがあります。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

注) 原本患者保管・自署以外のサインは印が必要です。

年 月 日

医 師 名

担当以外の担当者

在宅復帰支援担当者

本人・家族署名

岩手医科大学附属病院 脳神経外科