

人工股関節置換術　クリニカルパス(患者様用)氏名:

主治医:

担当看護師:

この入院計画書は診療計画の概要などをお知らせするものであり治療検査などを決定するものではありません  
なお患者さんに応じて内容が変更することがありますがその時はお知らせしますのでご了承下さい。

| 病日<br>月日                | 入院当日～手術前日                                               | 手術当日                                                                                            |                                                          | 手術後1日                                                                                                                                                                                | 2日                                                                                  | 3日～                    | 7日                        | 10日 | 14日～退院まで                  |
|-------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|-----|---------------------------|
|                         | /                                                       | 手術前                                                                                             | 手術後                                                      | /                                                                                                                                                                                    | /                                                                                   | /                      | /                         | /   | /                         |
| 安静                      | 制限はありません                                                |                                                                                                 | ベッド上安静となります                                              | 介助下で車椅子に<br>乗ります                                                                                                                                                                     | 車椅子もしくは歩行器を使用します<br>(移乗が安定するまで<br>看護師が付き添います)                                       |                        | 歩行が安定してきたら徐々に<br>杖歩行を行います |     |                           |
| 食事                      | 21時まで食事は可能です                                            | 絶食                                                                                              |                                                          |  普通食(もしくは治療食)  |                                                                                     |                        |                           |     |                           |
|                         |                                                         | ( )時より飲水できません                                                                                   | 術後4時間から飲水が可能です                                           |                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                        |                           |     |                           |
| 治療・処置                   | ・下肢にストッキングを履いたり、<br>包帯を巻くなどして血栓を予防し<br>ます               | 手術を行う側の足に<br>印をつけます                                                                             | ・手術室で尿の管を入れます                                            | ・尿の管を抜きます                                                                                                                                                                            |  |                        |                           |     |                           |
|                         | ・糖尿病の方は血糖値を測定<br>し、<br>インスリンの注射を打つなどして<br>血糖コントロールを行います | 眼鏡、時計、義歯、<br>装飾品は外して下さい                                                                         | ・酸素マスクをつけます<br>・下肢の血栓を予防する機械<br>を付けます<br>・胸に心電図のシールを付けます | ・胸のシール、<br>酸素のマスクを外しま<br>す                                                                                                                                                           |                                                                                     |                        |                           |     |                           |
| 検査                      |                                                         | 血液検査                                                                                            | レントゲン                                                    | 血液検査                                                                                                                                                                                 | 血液検査<br>(2日目以降必要時骨<br>密度の検査がありま<br>す)                                               |                        | 血液検査<br>レントゲン<br>血管エコー    |     | 血液検査<br>レントゲン             |
| くすり・注射                  | 普段飲んでいる薬がありま<br>したら申し出て下さい                              | 術前の点滴があります                                                                                      | 化膿止めの点滴を行いま<br>す                                         |  痛み止めの薬を飲みます                                                                                    |                                                                                     |                        |                           |     |                           |
|                         |                                                         | 痛み止めの内服があります                                                                                    |                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                        |                           |     |                           |
| 清 潔                     | シャワー浴ができます                                              |  身体を拭きに参ります |                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                     | 先生の許可が出たらシャワー浴が可能となります |                           |     |                           |
| リハビリ                    | 理学療法士によりリハビリ<br>の説明などがあります                              |                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                        |                           |     |                           |
| 患者さんや<br>ご家族への<br>指導や説明 | 入院生活、手術についての<br>説明をします                                  | 手術後、医師より説明があります。<br>ご家族は指定された待合室でお待ち下さい。                                                        |                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                        |                           |     | 病状の説明と今<br>後の予定をお話<br>します |