

大腿骨頸部骨折地域連携診療計画書

患者氏名: _____ 様

病名: みぎ・ひだり 大腿骨頸部骨折










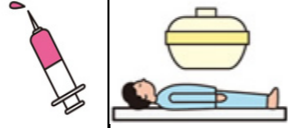












※手術を受けられる方の一般的なスケジュールです。

※このパンフレットはご入院の際、お持ちになり、常にお手元にご用意しておいて下さい。

説明日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

転院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

※手術後の状態によっては変更もありますので、主治医・看護師にご確認下さい。

(急性期) 入院から術後1~3週間					(回復期) 病院		
経過	手術前日	手術当日	術後1~3日目	術後7日目	転院の基準	術後 約 週	退院の基準
達成目標	治療に関する説明 				●手術創の状態がよい ●38度以上の熱がない ●X線の結果がよい ●重篤な合併症がない	在宅、施設に向けての準備を進めます 退院の条件 ●家庭、施設入居の環境が整う	受傷前の歩行状態に近づくのが目標です 
治療説明	手術のオリエンテーションを行います 事前に主治医より手術の説明があります	手術開始時間 (:) 時頃 ※当日の進行状況により、前後する事があります	回診があります	回診があります (土日の時間は未定です)	ご不明な点があれば主治医もしくは看護師にお知らせ下さい 		
処置		手術の時間をみながら手術衣に着替えます 術後肺塞栓防止の処置 (弾性包帯、ハイソックス)	(1~3日目)回診時、創に入っている管(ドレーン)を抜きます	創の消毒をします (抜糸は通常7~14日目です) (弾性包帯、ハイソックスなどは術後1週まで着用します)	抜糸前に転院した場合は転院先で抜糸をします		
点滴		(: 時頃)より、点滴が始まります 点滴は1~3日間続きます	朝夕2回抗生剤を点滴します (術後 日目まで)				
内服	普段飲まれている薬を確認させていただきます (全て持参してください)	中止 (薬の内容により、内服していただく場合があります)	朝より、指示されたお薬は再開して下さい				
検査		手術室で手術後、X線撮影・採血を行うこともあります。	採血を行います 必要であれば輸血をします	採血を行います X線撮影をします 		適宜、採血・レントゲン撮影を行います 	
食事	制限はありません ただし、消灯時間からは何も召し上がらないでください	朝から食事・水分は中止です 	ご本人の状態に合わせて召し上がれます				 
安静度	ベッド上安静 	手術後より翌朝までベッド上安静です	人工骨頭置換術を受けられた方は手術後__週間は外転枕を使用して下さい 手術後__日目から手術した足に体重をかけても構いません	手術した足を内股にしない足を組まない ください 		転倒に注意しながらご本人の状態に合わせてリハビリを進めていきます ●リハビリテーションのゴールを設定します ●車椅子に乗れば平行棒で起立を行います ●起立がしっかりすれば平行棒内で歩行します ●歩行器歩行が安定すれば杖歩行を行います 状態に合わせて家庭環境を整備しましょう	リハビリテーションのゴールを設定します 状態に合わせて家庭環境を整備しましょう デイケア・通所リハビリなど介護保険サービスを利用しましょう 
リハビリ			ベッド上でリハビリを開始します 車椅子から歩行練習へと順次進めます	車椅子から歩行練習へと順次進めます 			
清潔排泄	シャワー又は清拭を行います 時間(:) () 階		看護師がお手伝い伺います	シャワーに入ることができます 時間は看護師がお伝えます 		ご本人の状態に合わせて入浴、排泄ができることを目標とします	ご本人の状態に合わせて入浴、排泄ができます
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・安静度、リハビリテーションはその都度ご説明をいたします。通常1~3日後に車椅子、トイレが可能です。 ・歩行についてはご本人の状態にあわせてリハビリを進めていきます。 ・受傷前の歩行が不安定だった方は、無理をせず車椅子での転院を考慮します。 ・転院についてはご本人、ご家族と主治医が相談して決めますが、通常は術後__週間が目安になります。 ・急性期以後の療養については、「医療相談窓口」へご相談ください。 				<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じてソーシャルワーカーが退院の調整を行います  		
: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院 整形外科 主治医 _____					_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院 主治医 _____		

私は、地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。
説明・同意日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人又は家族の署名: _____