












上肢1泊2日()の手術を受けられる患者さまへ
お名前 @PATIENTNAME 様

担当医師:

受け持ち看護師:

月 日 経 過	入院	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	手術後1日
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ◇手術に同意している ◇手術前の準備ができている ◇手術の必要性を理解できる 	<ul style="list-style-type: none"> ◇手術の準備が整う ◇熱が38.5度以下である 	<ul style="list-style-type: none"> ◇手術した手を挙げていることができる ◇痛みを伝えることができる 	<ul style="list-style-type: none"> ◇退院することができる ◇手術した手を挙げて歩行することができる ◇痛みを伝えることができる
治療・処置 薬剤	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の確認をします  ・爪切りをします ・ネームバンドをつけます <p>検温: 入院時 </p>	<ul style="list-style-type: none"> ・回診時に持続点滴が入ります (午後の手術の場合) ・ギプスを巻いている時はカットします ・身につけているもの (時計・入れ歯・コンタクトレンズなど)を外してください <p>検温: 手術前 </p>	<ul style="list-style-type: none"> ・手術後の抗生剤の点滴を行います ・手術した手をネットで挙げます <p>検温: 手術後・1時間・3時間 </p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝、抗生剤の点滴を行います ・医師の指示により、ガーゼ交換があります <p>検温: 6時 </p>
検査			医師の指示により手術後レントゲンがあります	
活動・安静度	歩行できます	歩行できます	手を挙げて歩行できます 	手を挙げて歩行できます
食事	食事・水分の中止時間については手術オリエンテーション用紙をご参照ください。		気分が良ければお茶・食事ができます 	朝食があります
清潔		手術着に着替えます		
排泄		手術前に排尿をすませてください		
患者様及びご家族への説明 栄養指導 服薬指導	<ul style="list-style-type: none"> ・入院診療計画書をお渡しします ・同意書を提出してください ・入院中の説明をします ・手術中、家族の方は部屋かDルームでお待ちください  <p>《手術の必要物品》 前開きのパジャマ 1枚 バスタオル 1枚 タオル 1枚 ベッドサイドに準備をしてください</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・痛み・吐き気・出血などがありましたらお知らせください ・術後、医師より手術結果の説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> ・次回外来受診日は退院時に説明します ・診察券を必ずお受け取りください ・異常がありましたら、外来受診してください 	

*病名、入院期間等は現時点で考えられるものであり、治療・検査等を進めるにしたがって変わることがあります。原則として、退院後は在宅療養となります。
市立四日市病院 整形外科