

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




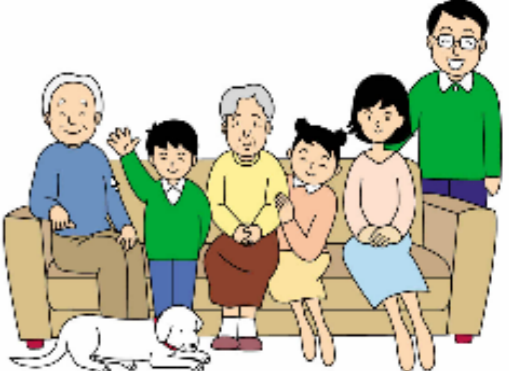


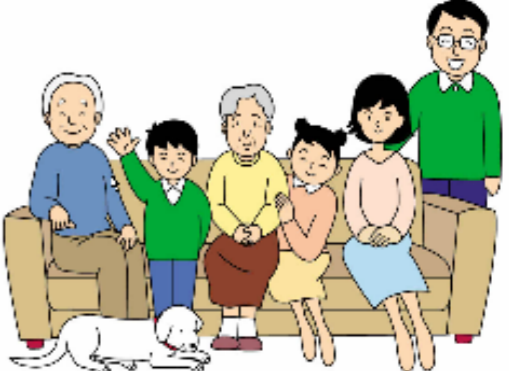


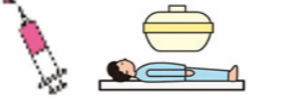










※手術を受けられる方の一般的なスケジュールです。

※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1~2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	●受傷前の歩行状態に近づくのが目標です ●在宅、施設に向けての準備を進めます 	●退院の準備ができている ●状態に合わせた生活環境が整備できている 
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)	回診時、医師の判断で手術創のチェックをします 抜糸は通常7~14日目です		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、内服していた場合もあります)	指定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・輸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、消灯時間以降は食事・水分摂取は禁止です	食事・水分摂取は禁止です 	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」が基本です	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 ・手術した脚を [内股にしない 組まない] で下さい  ・安静度はその都度ご説明いたします ・通常1~3日後に車いす、トイレが可能です			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 ●車いす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 ●平行棒内で歩行ができれば歩行器で歩行します ●歩行器歩行が安定すれば杖歩行を行います 状態に合わせて生活環境を整備しましょう (家庭環境、施設入所等の整備)	●必要に応じて、通所リハビリ(デイケア)、訪問介護(ホームヘルプサービス)などの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 車いすから歩行練習へと順次進めます	車いす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します 		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"> 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、無理をせず車いす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、「医療連携相談窓口」へご相談ください 					●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: _____