

多指症手術の治療を受けられる 患者さん (入院診療計画書)

患者ID: 性別: 生年月日: 病棟: 病室:

患者氏名: 病名: 多趾症・多指症・合指症・合趾症 症状:

経過	入院日 (/)		入院2日目 (/)	
			手術前	手術後
患者目標	手術について理解ができる 手術をする指に傷やスキントラブルがない 体温、血圧に異常がない 転倒・転落がない		体温、血圧に異常がない 転倒・転落がない	手術した部位の安静を保つことができる 痛みがコントロールできる 体温、血圧に異常がない 転倒・転落がない
治療・処置	外来で手術部位にマーキングをします		・マーキングが消えていないか確認します 手術室に行く前にお薬を使います ・ () 時坐薬を挿入します ・ () 時お薬を飲みます	点滴があります ・水分補給の点滴 ・抗生剤 () 回 痛み止め ・のみ薬または坐薬を使います
活動	病棟内、自由です		病棟内、自由です 座薬またはお薬を飲んだ後はベッド上で安静にします	・ベッド上で安静にします(ベッドサイドで抱っこをしてもかまいません) ・手術した方の手は指先が上を向くように高くしてください
食事	通常の食事が食べられます		・ 午前の手術の場合、朝食はありません ・ 午後の手術の場合、朝食は軽食になります ・ () 時のお茶 () ml が手術前最後です ・ ミルク又は母乳を飲んでいる方は ミルク又は母乳を () 時までに () ml 水又はお茶が () 時までに () ml が最後です	帰室1時間後と2時間後にお茶や水を飲んで、吐かなければお食事が再開になります お子様の覚醒状況に合わせてすすめていきます お茶 時頃 ml ミルク 時頃 ml 食事 時頃
清潔	シャワーに入れます		手術の日なのでシャワーや体拭きはありません	
説明・指導	☐ 病棟内の説明をします ☐ 手術の時間をお知らせします ☐ 薬剤部からお薬の説明をします ☐ 手術同意書・麻酔承諾書を看護師に渡してください ☐ 褥瘡対策に関する計画の必要性について評価します(有・無) ☐ 特別な栄養管理の必要性について評価します(有・無)		☐ 午前、手術室に入室の場合は午前8時までに病室にお越しください。 ☐ 午後、手術室に入室の場合は午前11時までに病室にお越しください。	☐ 点滴やギブスシーネが抜けないように注意してください
メモ:	★前日までに手術同意書と麻酔承諾書に記入し、忘れず持参してください。			

2021/11/1 作成

多指症手術の治療を受けられる 患者さん (入院診療計画書)

患者ID: 性別: 生年月日: 病棟: 病室:

患者氏名: 病名: 多趾症・多指症・合指症・合趾症 症状:

経過	入院3日目(術後1日目) (/)	入院4日目(術後2日目) (/)	入院5日目(術後3日目) (/)
患者目標	痛みがコントロールできている 体温、血圧に異常がない 転倒・転落がない	手術した傷に問題がない 体温、血圧に異常がない 転倒・転落がない	手術した傷に問題がない 体温、血圧に異常がない 転倒・転落がない
治療 ・ 処置	・ 抗生剤の点滴が終わったら点滴を抜きます ・ 点滴が外れた後は、のみ薬または坐薬で鎮痛剤を使用します	整形外科で手術した傷の処置をします	整形外科で手術した傷の処置をします
活動	病棟内自由です 手術した方の手は指先が上を向くように高くしてください 歩行時は三角巾やネットのようなものをつけます		
食事	通常の食事が食べられます		
清潔	体拭きをします	ギプスシーネが濡れないように保護してシャワーに入ることができます お子様の状況によっては体拭きにする場合があります	ギプスシーネが濡れないように保護してシャワーに入ることができます
説明 ・ 指導	☐ 点滴やギプスシーネが抜けないように注意してください		☐ 手術後3～6日で退院ができます
メモ：			

2021/11/1 作成

多指症手術の治療を受けられる 患者さん (入院診療計画書)

患者ID: 性別: 生年月日: 病棟: 病室:

患者氏名: 病名: 多趾症・多指症・合指症・合趾症 症状: _____

経過	入院6日目(術後4日目) (/ /)	入院7日目(術後5日目) (/ /)	入院5～8日目 退院 (/ /)
患者目標	手術した傷に問題がない 体温、血圧に異常がない 転倒・転落がない		安心して退院ができる
治療・処置	整形外来で手術した傷の処置をします 		退院前に診察があります 
活動	病棟内、自由です 手術した方の手は指先が上を向くように高くしてください 歩行時は三角巾やネットのようなものをつけます		
食事	通常の食事が食べられます		
清潔	ギプスシーネが濡れないように保護してシャワーに入ることができます		
説明・指導			☐ 次回外来日をお知らせします ☐ 自宅でのシャワーの方法について説明します 

主担当医氏名: 印 主担当医以外の担当者: _____

年 月 日 上記の説明を受けました。

 患者・家族サイン: _____ (続柄) _____

2021/11/1 作成