

人工膝関節全置換術を受けられる方へ

| 月日（日時） | / | / | / | / ~ / | / ~ / | / ~ / | / ~ / | 退院日 | |
|-------------------------------|--|---|--|---|--|---|---|------------|--|
| 経過日数 | 入院日（手術前日） | 術当日（術前） | 術当日（術後） | 術後1日目 | 術後1週間～ | 術後2週間～ | 術後3週間～ | 退院日 | |
| 目標 | ☆手術の必要性が理解でき 手術への同意がある。 ★術前の準備が出来る。 | ☆安心して手術室へ 向かう事ができる | ★術後安静を守る事が出来る ☆疼痛を和らげる事が出来る ★静脈血栓の徴候がない | ☆車椅子乗車出来る ★安静度が守れる ☆静脈血栓の徴候がない | ★車椅子又は歩行器で 移動出来る。 ☆疼痛を和らげる事が 出来る | ☆歩行器又は杖歩行が 出来る。 ★疼痛を和らげる事が 出来る | ★杖歩行出来る ☆退院後の生活につい て理解ができる | ☆不安なく退院できる | |
| 薬剤 (点滴・注射) | 持参薬の確認をします。  | 術当日の内服内容に ついては、必ず看護 師に確認してくださ い。 | 術中から術翌日まで持続点滴、 抗生剤点滴、点滴を行います。 針周囲の痛みがある場合は 看護師にお知らせください。  | 手術翌日より適宜内服開始となりますが、その都度ご説明しますので 看護師の確認を受けてから内服をするようお願いいたします。 | | | | | |
| 治療 | | 弾性ストッキングを履いて頂きます。術後7日目まで着用して頂きます。 | | | リハビリ担当医による診察の後リハビリが開始となります。 週末はリハビリがありません。病棟で機械を使用して訓練を行います。 | | | | |
| 処置 | 術前に排便が無ければ浣腸を する場合があります。 | | 創部から血を抜くチューブが 入ります。 | 午後、医師の回診時にチ ューブを抜きます。 | 医師が創部の状況を確認し、 テープをはがします。 | | | | |
| 検査 | | | | 朝、採血があります。 お部屋でお待ち下さい。 | 術後7日目の朝、 採血があります。 | 術後14日目の朝、 採血があります。 | | | |
| 活動 | 制限はありません。 | | 術翌朝まで ベッド上で の安静 となります。 | <u>看護師と共に</u> 車椅子乗車 を行います。 | リハビリの状況に応じて、車椅子→歩行器→杖に変わっていきます。 医師・看護師・理学療法士が指導します。 | | | | |
| 食事 | 夕食まで食事が出来ます。  | 禁食 です。 飲水は看護師の指 示に従って下さい。 | 禁食 です。 術後4時間後、看護師確認後 に飲水可能です。 | 術翌日朝より食事再開となります。 これ以降は、食事・飲水の制限はありません。 | | | | | |
| 清潔 | シャワー浴をしていただきます。  | 蒸しタオルをお渡 しします。お身体を お拭き下さい。 | | 看護師介助で体拭き をさせていただきます。 手術着からパジャマ へ更衣をします。 | 創部を保護し、シャワー浴可能となりますが、初めは必ず看護師の確認 を受けるようお願い致します。 創部が濡れてしまうと、感染の可能性が高まります。 | | | | |
| 排泄 | 自室のトイレをご使用下さい。 | | 尿管が入ります。 | 術後の状況で尿管を抜きます。 それ以降は尿器・トイレでの排泄となります。看護師の指示に従ってください。 | | | | | |
| 患者様・ご 家族様への 説明 | ・入院生活と手術前後のご説明 を致します。 ・必要物品の確認をさせていた だきます。(同意書・T字帯・ バスタオル、弾性ストッキング など) | | | | | | 退院は10時頃の予定となっております。 会計が出来次第、順番にお声掛け致します ので、お部屋でお待ち下さい。 次回外来日 (/)  | | |

※この用紙の内容は入院中の状況によって変わることがあります。