



人工股関節置換術を受ける方へ

| 日 時 | 入院日（手術前日） | 手術当日 / | |
|---------------|--|--|---|
| | / | 手術前 | 手術後 |
| 治療・処置 | 弾性ストッキングのサイズを測定します。 |  | <ul style="list-style-type: none"> 酸素マスク、心電図モニター、血栓予防の機械を付けます。 手術側の足、背中、尿道に管が入ってきます。 |
| 薬剤 (点滴/注射) | <ul style="list-style-type: none"> 入院中は医師の指示のもと内服していただきます。 普段飲んでいる薬やサプリメント等がありましたらお申し出ください。 | <ul style="list-style-type: none"> 手術時間に合わせて点滴を開始します。 指示のあった薬飲み少量の水で内服してください。 | <ul style="list-style-type: none"> 痛みが強い場合は鎮痛薬を追加しますので、看護師にお申し出ください。 |
| 検査 | 採血  | | |
| 食事 | 21時以降は禁食です（飲水は可能）  | <p>午前0時以降は禁飲食です（うがいは可能）</p> <p>糖尿病のない方は、朝7時までにアルジネードウォーターを2本お飲みください。</p> | <ul style="list-style-type: none"> うがいは可能です。 手術4時間後より飲水、手術6時間後より病院食の摂取が可能です。 |
| 清潔 | シャワー浴をします | 洗面、髭剃りをしてください | |
| 安静度 リハビリ | 術前のリハビリを行います。 | 手術前に弾性ストッキングを履き、手術着に着替えてトイレを済ませてください。 | ベッド上安静です（寝返りはお手伝いします） |
| 説明・指導 | <ul style="list-style-type: none"> 病室で入院生活と手術のオリエンテーションをします。 同意書は看護師にお渡してください。 マニキュアは事前に落としておいてください。 必要物品：同意書、お薬手帳、普段飲んでいる薬、洗面用具、コップ、着替え、履物(運動靴) | <p>予め貴金属類、眼鏡、コンタクトレンズ、入れ歯は外してください。</p> <p>家族が院内で待機する場合は手術時間までにお越してください。</p>  | <p>血栓予防のため足首の運動を頑張りましょう</p> |
| 目標 | <ul style="list-style-type: none"> 手術の内容を知っている。 手術と麻酔に臨むための準備ができています。 不安が緩和されている。 | | <ul style="list-style-type: none"> バイタルサインに変動がない。 出血や感染兆候傾向がない。 尿量を保つことができています。 安静を守ることができています。 疼痛が自内で過ごすことができる。 |

*状態によって変わることがあります。

【説明看護師】 _____




人工股関節置換術を受ける方へ

| 日時 | 手術後1日目 | 手術後2日目 | 手術後3日目 |
|---------------|--|--|--|
| | / | / | / |
| 治療・処置 | <ul style="list-style-type: none"> ・酸素マスク, 心電図モニター, 足の血栓予防機械を外します。 | 必要に応じて創部の診察をします。 | |
| 薬剤 (点滴/注射) | <ul style="list-style-type: none"> ・食事が半分以上摂れれば, 点滴は終了となります。 ・朝から鎮痛剤, 鉄剤の内服を開始します。 ・普段飲んでいる薬は再開の指示があるまで飲まないでください。 | 痛みがある場合は鎮痛薬を追加しますので看護師にお申し出ください。 | |
| 検査 | 採血  | | |
| 食事 | 朝より食事が開始となります。 | 病院食が出ます。 |  |
| 清潔 | 清拭や洗髪をします。 術後2日目以降、許可が出たらシャワー浴ができます。 | | |
| 安静度 リハビリ | <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリに準じて車椅子に乗ることができます。 ・リハビリに準じて安静度が変わります。 ・車椅子に乗れば, 尿道の管を抜き, トイレに行くことが可能です。 | | |
| 説明・指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・面会の際は, 面会時間等注意事項をお守りください。 ・リハビリを継続する必要がある場合は, リハビリ病院へ転院となります。 |  | |
| 目標 | <ul style="list-style-type: none"> ・バイタルサインに変動がない。 ・出血や感染兆候がない。 ・尿量を保つことができている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・転ばずに歩くことができる。 ・疼痛が自制内で過ごすことができる。 | |

*状態によって変わることがあります。

【説明看護師】 _____

人工股関節置換術を受ける方へ

| 日時 | 手術後4日目以降 / ~ | 退院日（手術後2週間程度） / |
|---------------|---|--|
| 治療・処置 | 必要に応じて創部の診察をします。 | |
| 薬剤 (点滴/注射) | 必要に応じて鎮痛薬を使用します。 | |
| 検査 | 1～2回/週に採血やレントゲン撮影を行います。 | |
| 食事 | 病院食が出ます。 | |
| 清潔 | シャワー浴が可能です。 |  |
| 安静度 リハビリ | リハビリに準じて安静度が変わります。 | |
| 説明・指導 | <p>面会の際は、面会時間等注意事項をお守りください。</p> <p>リハビリを継続する必要がある場合は、 リハビリ病院へ転院を調整します</p> | <ul style="list-style-type: none"> 退院の際は退院療養計画書と次回外来予約票をお受け取りください。 退院後の生活については別紙をご参照ください。 退院処方がある場合は、薬剤師より薬の説明をします。  |
| 目標 | <ul style="list-style-type: none"> 疼痛が自制内で過ごすことができる。 転ばずに歩くことができる。  | |

* 状態によって変わることがあります。

【説明看護師】