




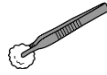
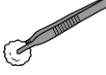






















様 予定表

立案日

人工関節置換術 クリニカルパス No.1

主治医は _____ 医師

担当看護師は _____ です

	前日	当日(手術前)	当日(手術後)	手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目	手術後4日目
月日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日
処置 治療 観察		(:)手術予定 	点滴をします 尿の管が入っています 	点滴をします 	点滴をします ガーゼ交換をします 尿の管を抜きます フットポンプをはずします 	ガーゼ交換をします 	
検査				血液検査があります 		血液検査があります 	
活動 リハビリ	指示された安静度を守りましょう 		麻酔が覚めると体を起こすことができます	リハビリが始まります 装具を付けて車椅子に乗ることができます 	リハビリをします 	リハビリをします 	リハビリをします 
清潔	シャワーができます 	シャワーができます 		体を拭きます 	体を拭きます 	体を拭きます 	シャワーができます 
食事	(:)以降の飲食はできません	飲食はできません 	夕より食事が始まります 	普通食です 	普通食です 	普通食です 	普通食です 
説明 教育	手術当日の流れ等の説明をします 		医師が手術後に説明をいたします 				
痛みに関すること	毎日、痛みの程度を確認いたします。 痛みがある場合は、我慢せずに看護師にお伝え下さい。	痛みに関する目標 					
看護師 サイン							

* 状況に応じて内容が変更になる場合がございますのでご了承ください。 ご不明な点がございましたら、いつでもお尋ね下さい。

























様 予定表

立案日

人工関節置換術 クリニカルパス No.2

主治医は _____ 医師

担当看護師は _____ です

	手術後5日目	手術後6日目	手術後7日目	手術後8日目	手術後9日目	手術後10日目	手術後11日目
月日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日
処置 治療 観察			ガーゼ交換をします 				
検査			レントゲン・血液検査があります 				
活動 リハビリ	リハビリをします 	リハビリをします 	装具をはずします 歩行器を使用して歩くことができます 	リハビリをします 	リハビリをします 	リハビリをします 	リハビリをします 
清潔	シャワーができます 	シャワーができます 	シャワーができます 	シャワーができます 	シャワーができます 	シャワーができます 	シャワーができます 
食事	普通食です 	普通食です 	普通食です 	普通食です 	普通食です 	普通食です 	普通食です 
説明 教育							
痛みに 関すること	毎日、痛みの程度を確認いたします。 痛みがある場合は、我慢せずに看護師にお伝え下さい。	痛みに関する目標 					
看護師 サイン							

* 状況に応じて内容が変更になる場合がございますのでご了承ください。 ご不明な点がございましたら、いつでもお尋ね下さい。















様 予定表

立案日

人工膝関節置換術 クリニカルパス No.3

主治医は _____ 医師

担当看護師は _____ です

	手術後12日目	手術後13日目	手術後14日目			
月日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日			
処置 治療 観察			退院予定日です 			
検査		血液検査があります 				
活動 リハビリ	リハビリをします 	リハビリをします 	リハビリをします 			
清潔	シャワーができます 	シャワーができます 	シャワーができます 			
食事	普通食です 	普通食です 	普通食です 			
説明 教育		ご質問がありましたらお尋ね下さい 	退院手続きに必要な書類をお渡しします 			
痛みに関すること	毎日、痛みの程度を確認いたします。 痛みがある場合は、我慢せずに看護師にお伝え下さい。	痛みに関する目標 				
看護師 サイン						

* 状況に応じて内容が変更になる場合がございますのでご了承ください。 ご不明な点がございましたら、いつでもお尋ね下さい。