

























大腿骨近位部骨折・骨接合 クリニカルパス NO1

主治医は <<ORDCT S M>>

医師

担当看護師は \_\_\_\_\_ です

	入院日	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	1日目	2日目	3日目	4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
処置 治療 観察	弾性ストッキングを履きます	( : ) 手術予定 	点滴をします 		ガーゼ交換をします 		
検査	検査が入り次第お知らせします	採血検査をします 		採血検査をします 		採血検査をします 	
活動	ベッド上安静です	体を拭きます 		体を拭きます 	体を拭きます 	体を拭きます 	体を拭きます 
リハビリ				リハビリを開始します 	リハビリをします 	リハビリをします 	リハビリをします 
食事 栄養	( : )時以降の 飲食はできません 	飲食はできません 	夕食から開始です 	食事があります 	食事があります 	食事があります 	食事があります 
説明 指導			医師が手術後の説明をいたします 				
痛みに 関すること	毎日、痛みの程度を0~10の 11段階で確認します 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:  <input type="checkbox"/> 痛みの程度(NRS) _____ 以下で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 痛みなく睡眠できる <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> 安静時に痛みがない	<input type="checkbox"/> 体動時に痛みがない	
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。

大腿骨近位部骨折・骨接合 クリニカルパス NO2

主治医は <<ORDCT S M>>

医師

担当看護師は \_\_\_\_\_ です

	5日目	6日目	7日目	8日目			
	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			採血・骨塩定量の検査があります 				
活動	シャワー浴 	シャワー浴 	シャワー浴 				
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 				
食事 栄養	食事があります 	食事があります 	食事があります 	食事があります 			
説明 指導							
痛みに 関すること	毎日、痛みの程度を0～10の 11段階で確認します 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:  <input type="checkbox"/> 痛みの程度(NRS) _____ 以下で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 痛みなく睡眠できる <input type="checkbox"/> 安静時に痛みがない <input type="checkbox"/> 体動時に痛みがない <input type="checkbox"/> その他( )					
看護師 サイン							