
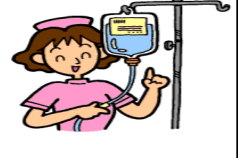



















上肢骨折(当日手術) クリニカルパス No.1

主治医は <<ORDCT S M>>

医師

担当看護師は _____ です

	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	5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
処置 治療 観察	(_____ : _____) 手術予定 	点滴をします 		ガーゼ交換 			ガーゼ交換 
検査	検査が入り次第お知らせします		採血検査をします 				
活動			体を拭きます 	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 	リハビリをします 	リハビリをします 
食事 栄養	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 	食事があります 
説明 指導		医師が説明をいたします 					
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"/> 安静時に痛みがない <input type="checkbox"/> その他(_____) <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。

	6日目(退院日)						
	月	日 曜日					
処置 治療 観察							
検査							
活動							
リハビリ							
食事 栄養	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							

* 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。