

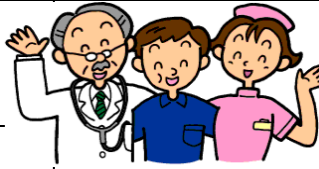







ペースメーカー植え込み術(スクルーリード)(入院治療計画書)

ID: \_\_\_\_\_ 患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 生年月日: \_\_\_\_\_ 病名(症状): \_\_\_\_\_  
 入院科/病棟: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_ (印) 担当医: \_\_\_\_\_  
 担当看護師: \_\_\_\_\_ 主治医以外の担当者: 薬剤師 管理栄養士

2017/1/12 作成

経過	手術前日	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目	手術4日目	手術5日目	手術6日目	手術7日目	手術8日目(退院)
月日	/		/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標	術前準備が整う。		循環・呼吸動態が安定する。	創痛がない。 血圧、脈拍、体温が正常 離床ができる。 治療の経過が理解できる。 ペースメーカー不全がない。	→	→	→	→	→	→	退院
治療・処置	場合により剃毛を行います。 体を拭くまたはシャワーを浴びます。 入院時から退院まで心電図モニターを装着します。	左手から点滴をします。 おしっこの管を入れます。	創部に砂のうを乗せます。 抗生剤の点滴を朝夕行います。	おしっこの管を抜きます。						抜糸をします。	退院時、心電図を外します。
検査			レントゲン・心電図				レントゲン・心電図				
内服	中止するお薬(有・無) インスリン注射(有・無)	中止するお薬(有・無) インスリン注射(有・無) ※中止薬以外のお薬は、食事を 食べなくても内服します。									
食事	普通にお食事ができます。	(朝・昼)から絶食です。 水は _____ 時まで飲めます。	(昼食・夕食)から食事が食べられます。								
看護	看護師から入院や手術についての説明があります。		痛みがある時は痛み止めを使用します。	体を拭きます。	→	→	創部をぬれないように保護して入浴ができます。 入浴時は看護師に声をかけてください。				
安静度	院内フリー		ベッド30度	トイレ洗面のみ歩行可	室内フリー	病棟内フリー	院内フリー 入浴可				
リハビリ				入院中、リハビリの予定はありません。							
説明・指導	自分で脈をとる方法について看護師から指導があります。 手術の必要物品を説明します。(紙オムツ・三角巾・曲がるストロー)	手術前に、患者支援センターからご家族に、障害者手帳について説明があります。		左腕は90度(肩の高さ)より挙げてはいけません。 左腕は手術当日から数日間、三角巾で固定します。 【心臓ペースメーカーのしおり】と一緒に読み合わせします。 退院後の生活で不安、疑問に思うことを一緒に考えましょう。						業者の方がペースメーカーチェックをします。 看護師から退院指導があります。	退院時に主治医からの説明があります。次回の外来予約票と退院処方をお渡します。

★特別な栄養指導の必要性 有 ・ (無)

高齢者総合評価の実施  有 :  無

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2 入院期間は現時点で予測されるものです。

ご不明な点は遠慮なくスタッフへお尋ねください。

総合的な 機能評価	基本的生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	日常生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。

年 月 日

説明者: \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
 説明を受けた人: \_\_\_\_\_ (本人・ )  
 (代表者)

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院

承認番号(No.36)承認年月日(2017年1月12日)

2019/6/11 改訂