

ペースメーカー植え込み術(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: _____ ⑩ 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

2014/3/31 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1～3日目	手術後4～6日目	術後1週間前後
月日	/	/	/	/	/	/
達成目標	★術前準備が整う。★治療についての不安軽減。		★ペースメーカー不全がない。			
治療・処置		★__時から点滴を開始します。 ※10分前に排尿を済ませ検査着に着替えてお待ち下さい。 ※検査着の中の上部は何も着ないで下さい。下部は下着・ズボンをはいて下さい。 ★__時に尿の管を入れます。	★5日間、抗生剤を投与します。 			★縫合してある場合は、創部の抜糸があります。 ★ペースメーカーチェックがあります。 ★遠隔モニタリングの説明があります。
検査					★レントゲン、心電図検査があります。	
内服	★中止していただくお薬(有・無) ★インスリン注射(有・無)	★中止していただくお薬(有・無) ★インスリン注射(有・無)				
食事	★病院食を普通通り食べて下さい。 	★朝食は □(全量・半分)摂取可 □食べられません ★昼食は(食べられます・食べられません) ★水分は__時まで摂取可能です。	★寝たままの姿勢で食事を摂っていただきます。 	★指示の角度までベッドアップして食事を摂ることができます。 		
看護		★車椅子で検査に行きます。検査に行く前、入れ歯・メガネ・コンタクトレンズ・貴金属(ヘアピン・指輪・時計・ネックレス)など外して下さい。	★バスタバンドを装着し、砂嚢で固定します。 ★ベッド上安静です。 ★患肢をついたり、拳上しないよう注意して下さい。	★状態に応じてベッドアップが可能になります。 ★バスタバンドを外した後、三角巾で固定することがあります。	★指示により歩行可となります。 ★状況に応じてシャワー浴が可能です。 	
リハビリ						
説明・指導		★身体障害者1級の申請手続きについて説明があります(医療連携室にて)。		★ペースメーカー手帳について説明があります。 ★ペースメーカー登録用紙記入。		★次回外来日、退院処方についてご確認下さい。 ★1か月程度上肢の拳上は禁止です。

★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	基本的な生活動作	<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
	気分・心理状態	<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: _____
 (代表者)