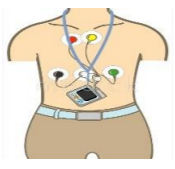

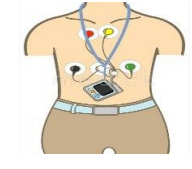

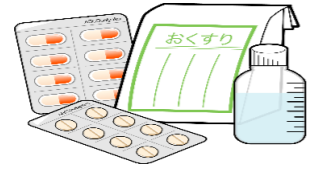



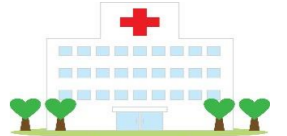





## カテーテル アブレーション治療予定表(入院治療計画書)

ID: <<SYPID>> 患者氏名: <<ORIBP\_KANJI>> 様 生年月日: <<ORIBP\_BIRTHDAY\_W>>( <<ORIBP\_BIRTHDAY>> )  
 入院科/病棟: 循環器内科 / 5階南病棟 主治医: <<ORDCT\_S\_A>> (印) 担当医: <<ORDCT\_T\_A>>  
 担当看護師: <<ORDCT\_N\_A>> 主治医以外の担当者: 薬剤師 管理栄養士

経過 月日	治療前日	治療当日～入室前	治療当日～帰室後～	治療翌日	退院日
	/	#VALUE!		#VALUE!	#VALUE!
達成目標	★術前準備が整う。★治療についての不安が軽減される。		★体温・脈拍・血圧などの循環動態が安定している。	★今後の治療方針に納得している。	★予定通り、退院できる。
治療・処置	★下腹部～両大腿部にかけて剃毛を行います ※必要時、胸部・両腕の毛を剃ることもあります ★足の甲(動脈)にマジックで○印を付けます。 ★心電図モニターを装着します。 ※退院まで継続致します。 	★____時から点滴を開始します。 ※10分前に排尿後、検査着に着替えてお待ち下さい。 ※検査着は素肌の上に着用して下さい。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。 	★点滴はなくなり次第終了です。 ※状態に応じてを追加する場合があります。 ★ <b>帰室後4～6時間絶対安静となります。(足を動かすことや寝返りもできません)</b> ※止血状態によっては安静時間が変わる事があります。 その後は翌朝までベッド上での寝返りのみとなります。自力で起き上がることはできませんので、何かあればナースコールでお知らせください。	★朝方固定テープを剥がし、カテーテル挿入部の消毒をします。 ★尿の管を抜き、トイレ歩行が出来ます。	★心電図モニターを外します。 
検査				★安静心電図があります 	
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) 	★帰室後30分で、水分摂取が可能です。更に30分後、異常がなければ食事が出来ます。 ※検査のため多量の造影剤を使用しています。水分を多くとり、造影剤を体外へ早く出しましょう。 		
食事 水分について	★病院食をお召し上がり下さい。 	★朝食は <input type="checkbox"/> (全量・半分) 摂取可 <input type="checkbox"/> 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。		★病院食をお召し上がり下さい。	
看護	★剃毛終了後、シャワーを浴びて下さい。 ★夕方、体重測定します。	★車椅子でカテーテル室に行きます。	★安静中、同一体位による苦痛がある場合はナースコールでお知らせください。	★初回トイレ歩行は見守りをしますので、ナースコールでお知らせください。	★シャワー浴が許可されます
リハビリ					
説明・指導		★治療に行く前、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)などは外して下さい 	★安静解除後も、入院中は、長時間のしゃがみこみ・正座・あぐらは控えて下さい。 		★退院前に次回予約と退院処方についてご確認下さい。 

★特別な栄養管理の必要性  有 ・  無

高齢者総合評価の実施  有 :  無

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
	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

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。

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。

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