

入院診療計画書(副腎静脈サンプリング)

ID番号 @PATIENTID

氏名 @PATIENTNAME

様

@PATIENTWARD 病棟

@PATIENTROOM 号室

病名(他に考える病名)

症状


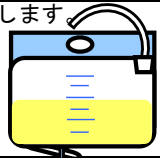
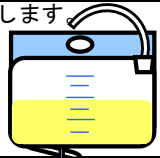
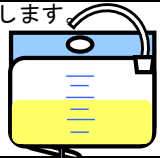

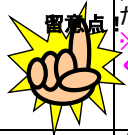
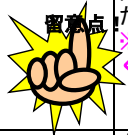
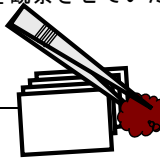


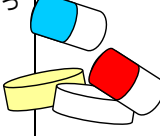



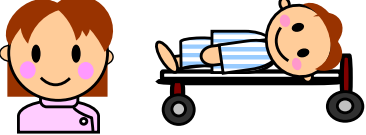





担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

月日	月 日	月 日	月 日	月 日	
経過	入院日(検査前日)	検査前	検査後	検査翌日	
目標	検査の準備ができる。	安全に検査が受けられる。		出血などの合併症がない。 合併症なく退院できる。	
検査	入院時に検査はありません。 	血管造影室にて13:30より副腎静脈サンプリングを行います。 		朝、採血検査があります。 	
処置	身長、体重を測定します。 両側の足の付け根の毛を剃っていただきます(詳しくは看護師より説明があります)。	12:30頃、尿管を挿入します。 	夕方主治医の回診があります。止血を確認しましたら安静解除になります。尿管を抜去します。 		
観察	午後13時以降と夕方に検温を行います。 	両側の足の付け根の出血の有無を観察させていただきます。 ※痛みや出血など自覚症状がありましたらすぐにお知らせ下さい。 	両側の足の付け根の出血の有無を観察させていただきます。 ※痛みや出血など自覚症状がありましたらすぐにお知らせ下さい。 	朝、もう一度検査をした両足の付け根からの出血の有無を観察させていただきます。 	
注射		11~12時頃、点滴をさします。 13:00頃、緊張を和らげるための筋肉注射をします。 	夕方主治医の回診があります。止血を確認しましたら安静解除になります。点滴を抜去します。 		
内服	通常どおりの内服薬継続して下さい。(検査にあたり中止になる薬があれば、医師より説明があります。)	朝は通常通り内服を継続して下さい。昼の内服薬に関しては主治医の指示にしたがって下さい。 			
食事	お昼から病院食が出ます。食事の制限はありませんが、間食はしないで下さい。	水分は10時まで可です。(それ以降は絶食になりますので、うがいだけにして下さい)食事は昼欠食になります。朝は普段どおり召し上がって下さい。 	検査後安静解除になるまでは、寝たまま水分をとりません。 主治医の回診後、夕食より再開になります。その後食事の制限はありません。 	食事は通常どおり召し上がって頂けます。	
行動	剃毛後、午後に入浴していただきます。安静制限はありません。 	尿管を入れてから検査用の寝衣に着替えます。ストレッチャーに移り、筋肉注射を行ってから、出発まで横になり安静にしてお待ち下さい。13:20頃、看護師と一緒にストレッチャーで検査室へ移動します。 	ストレッチャーでお部屋に戻ります。 ※足の付け根に太い針を刺してあるので、出血しやすくなっています。圧迫止血をしているので、主治医の指示があるまでは両足を動かさず、起き上がりたり、立ち上がったしないで下さい。 ※安静解除後もトイレ歩行程度としてください。 	安静の指示はありません。院内歩行は自由に行えます。 ※検査した場所からの感染を予防するため、本日のシャワーは控えて頂きます。ご了承下さい。 	
説明	・病棟内をご案内いたします。 ・医師や看護師から検査に関する説明があります。 ※必要な物品を準備します。(ハスタル1枚、テープ付きパツ1枚) 	その都度検査の流れを看護師より説明させていただきます。ご質問があれば遠慮なくお声をかけて下さい。 	安静中、ご用があれば遠慮なくナースコールでお知らせ下さい。	痛みや出血の自覚症状があれば、すぐに看護師までお知らせ下さい。 	主治医の許可ができれば退院になります。次回予約票をお渡しします。その他内服薬がある方には退院時処方が出る場合があります。検査結果は次回外来受診時に説明します。 お大事に!

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

福島県立医科大学附属病院

パス承認番号 (No. 150)

承認年月日 (平成22年11月16日)

特別な栄養管理の必要性
有 ・ 無

上記について説明を受け同意いたしました。

署名:

続柄