

入院診療計画書（心臓カテーテル検査を受けられる方へ）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

@PATIENTNAME 様

症状

@PATIENTWARD 病棟 @PATIENTROOM





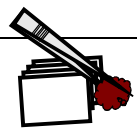

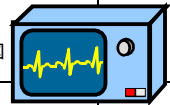

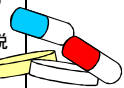










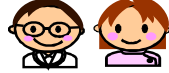
担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

月日	月 日 (木)	月 日 (金)	月 日 (土)	月 日 (日)	月 日 (月)	月 日 (火)	月 日 (水)	月 日 (木)
経過	入院日				カテーテル検査当日			退院日
目標	検査について理解できる。 心身ともに安定した状態で検査を受けることができる。				検査による合併症を起こさない。			退院後の日常生活について理解できる。
検査	外来で血液検査・胸部レントゲン検査・心電図検査を行います。 13時30分から、翌日13時30分まで尿をためます。 	13時30分まで尿をためます。			検査前 心臓カテーテル検査を行います。 冠動脈造影検査の結果で治療を行う場合があります。	検査後 	血液検査・胸部レントゲン検査・心電図検査を行います。	
処置			 穿刺部位の毛を剃ります。その後シャワーに入ります。	尿管を入れます。 	検査後に、穿刺部位の消毒を行います。 	午前中に穿刺部位の消毒を行います。	穿刺部位の観察を行います。	
観察	毎日14時に検温を行います。			検査前に体温・脈拍・血圧を測ります。 	体温・脈拍・血圧測定、穿刺部位の観察等を行います。 治療した場合は、心電図モニターをつけます。 	心電図モニターをはずします。		
注射				検査前に点滴を開始します。 	点滴をしたまま病室にもどります。			
内服	薬剤師が服用中の薬をすべて確認します。 ★中止薬がある場合は説明します。 		夕方より抗生剤の服用を開始します。（3日間） 就寝前に眼剤を服用します。（希望があれば）	中止していない薬は絶食でも少量の水で服用してください。	検査後に、中止していた薬の服用を再開、または変更します。		屋で、抗生剤の服用は終了です。 	退院後の薬がでます。
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 			検査が午前中の場合は、朝絶食です。 検査が午後の場合は、朝は半分・昼から絶食です。	検査終了後30分で水分をとることができ、2時間後から食事をすることができます。 			
行動	制限はありません。 入浴・先髪ができます。 			検査前にトイレをすませてください。 入れ歯、時計、アクセサリ、眼鏡等はずし、ストレッチャーで心臓カテーテル検査室に行きます。 	検査後は、絶対安静です。 穿刺した方の足は曲げないでください。	消毒後は検査前と同様の行動をしておかまいませんが、シャワー・入浴は水曜日からできます。 	午前中(10時頃)手続き終了後退院になります 次回予約日 月 日 () 時 (Dr) 	
説明	医師より検査についての説明があります。（治療同意書の提出をお願いします） 看護師より入院生活についての説明があります。 		看護師より検査前後の注意点や必要物品等について説明があります。 ★必要物品★ バスタオル 1枚 T字帯 1枚 曲がるストローか吸いのみ	ご家族の方は、病室かロビーでお待ちください。	医師より検査結果についての説明があります。 看護師より検査後の処置や安静等について説明があります。 	医師より検査結果と、今後の治療計画についての説明があります。	栄養指導があります。1階の、栄養指導室で行います。 看護師より退院後の生活についての説明があります。	医師より退院後の生活についての説明があります 薬剤師より薬についての説明があります。

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.3 4-1) 承認月日 (平成18年5月9日)

特別な栄養管理の必要性
有 ・ 無

上記内容について説明を受け同意いたしました。

署名：	続柄：
-----	-----