

入院診療計画書（脳血管撮影検査（鼠径・午後用）を受けられる方へ）

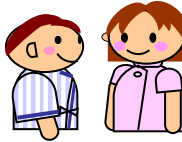
ID番号 @PATIENTID 氏名 @PATIENTNAME 様 病棟 @PATIENTWARD 号室 @PATIENTROOM

担当医師 @USERNAME 担当看護師 担当薬剤師 その他の担当者名 @SYSDATE

| 月日 | 経過                                                                                             | 検査前                                                                                                                                                                                                                                                           | 検査後                                                                                   | 検査翌日～退院日                                                                                                                                                             |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 入院日（検査前日）<br> |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                       | 退院日<br>                                                                           |
| 目標 | 検査について理解できる。<br>検査後の安静の必要性について理解できる。                                                           | <div>13時から血管撮影室で検査となります。</div> <div>検査中は、造影剤を使用しますので、急に身体が熱くなったり、頭が痛くなったり、気分が悪くなることがあります。我慢せずに、すぐにお知らせ下さい。</div>                                                           |                                                                                       | 合併症がなく、経過できる。                                                                                                                                                        |
| 検査 | ○身長と体重を測定します。                                                                                  | 身体の状態に合わせて、歩行や車椅子で看護師と共に移動します。                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                      |
| 処置 | ○両足の付け根の毛をそります。その後入浴していただきます。<br>○足の甲に印をつけます。<br>○化粧や手足のマニキュアを落としてください。                        | 検査前の準備<br>□パンツ以外の下着は脱ぎ、検査着に着替えます。<br>□義歯、眼鏡、時計、指輪、ネックレス、湿布等、身につけている物はすべて外します。<br>□髪が長い方はゴムが髪を束ねます。<br>□必要に応じ尿道カテーテルを挿入します。                                                                                                                                    | 検査終了4時間後に、医師の診察があります。針を刺した部位の確認と処置を行います。止血を確認したら尿道カテーテルを抜きます。                         | 医師が針を刺した部位の出血や腫れがないかの観察を行います。                                                                                                                                        |
| 観察 | 体温・血圧・脈拍測定、意識の状態・手足の動き・眼の動きを観察します。                                                             | <br><br> | 体温・血圧・脈拍測定、意識の状態・手足の動き・眼の動きを観察します。足の付け根の出血の有無を確認します。<br>※痛みや出血の自覚症状がありましたらすぐお知らせください。 |                                                                                  |
| 注射 |             | 朝から点滴を開始します。詳しい時間は当日看護師より説明があります。                                                                                                                                                                                                                             | 医師の許可があれば、点滴を終了します。                                                                   |                                                                                                                                                                      |
| 内服 | ○持参薬は全て薬剤師が確認します。<br>○いつも通り内服していただきますが、検査のため中止となる薬がある際は、ご説明します。                                | 朝はいつも通り薬を内服してください。昼の薬については、医師の指示に従って内服してください。                                                                                                                                                                                                                 | 夕食後より、薬はいつも通り内服してください。                                                                |                                                                                                                                                                      |
| 食事 | 制限はありません。いつも通り、お食事をお召し上がりください。                                                                 | 水分は検査前まで摂取可能です。水またはお茶のみとしてください。                                                                                                                                                                                                                               | 検査2時間後より水分摂取が可能となります。安静中は寝たまま水分をとようになります。医師の許可があれば、夕食を摂ることができます。その後の食事制限はありません。       | 太い針を足の付け根から刺し検査しているため、検査後は大変出血しやすい状態になっています。圧迫して止血処置を行っているため、医師の指示があるまで、起き上がったたり立ち上がったたり、足を曲げないようお願いいたします。また、検査後の医師による処置が済みましたら、自由に歩行も可能となりますが、当日はトイレの際の歩行程度としてください。 |
| 行動 | 制限はありません。病棟を離れる際は、ナースステーションへお声かけください。                                                          | 検査前の準備を行いますので、お部屋でお過ごしください。                                                                                                                                                                                                                                   | 寝台車で部屋へ戻ります。帰室後医師の処置終了後までは、ベッド上安静となります。ご用の際は、動く前に必ず看護師を呼んでください。                       | 安静の制限はありません。医師の許可があれば、シャワー浴も可能となります。                                                                                                                                 |
| 説明 | ○看護師より入院生活、検査について、説明を行います。<br>○検査時に使用する、テープ付きオムツ1枚、バスタオル1枚をご準備ください。                            | ご家族の方へ治療中は、7階ロビーまたは病室でお待ち下さい。待機場所を離れる際は、必ず看護師へお声かけください。また、いつでも連絡が取れるようにお願いします。治療後は、帰室後の処置等が終了次第、面会可能となります。貴重品はご家族で管理をお願いします。                                                                                                                                  |  | ○医師の許可があれば、退院になります。<br>○次回外来の受診日について説明があります。                                                                                                                         |

意識の状態を観察する際は、下記の内容を質問させていただきます。

1. お名前を教えてください。
2. ここはどこかわかりますか。
3. お年はおいくつですか。
4. 今日は、何月、何日ですか。



意識障害の確認のため、何度も質問します。ご協力よろしくお願いします。



検査後、次のような症状がある際はお知らせ下さい。  
□足の痛みやしびれ、  
□針を刺したところからの出血、腫れ  
□頭痛  
□冷汗  
□言葉が出づらい  
□手足に力が入りにくい

手足の動きを確認する際は、「手を握ってください」「バンザイしてください」などの指示に従って動かしてください。

眼の動きを観察する際は、黒目の大きさや光に対する反応を調べるため、ペンライトを当てますので、少し眩しくなります。

退院に際して、何か気になることや不安なことがありましたら、医師や看護師へご相談ください。



退院後、何か気になる症状がある際は、下記へご連絡ください。  
○平日：脳疾患センター外来  
Tel.024-547-1218  
○休日・夜間：きぼう棟7階東病棟  
Tel.024-547-1617

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。  
注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちに出来ない場合、食事の欄に記載しても良い。

福島県立医科大学附属病院 バス承認番号 (No.214-2) 承認月日 (平成27年6月8日)

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：