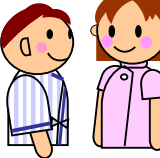


入院診療計画書（脳血管撮影検査（上腕・午前用）を受けられる方へ）

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 その他の担当者名 @SYSDATE

月日			
経過	入院日（検査前日） 	検査前	検査後
目標	検査について理解できる。検査後の安静の必要性について理解できる。	9時から血管撮影室で検査を行います。 	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。 
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。	治療後は、車椅子で部屋へ戻ります。 
処置	入浴していただき、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 □パンツ以外の下着は脱ぎ、検査着に着替えます。 □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。 □髪が長い方はゴムで髪を束ねます。	検査終了2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。 
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。		
注射		（ ）時に点滴を開始します。 	医師の許可があれば、点滴を終了します。
内服	○持参薬はすべて薬剤師が確認させていただきます。 ○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、ご説明させていただきます。	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。水またはお茶を摂取するようにしてください。朝食は絶食となります。 	検査2時間後より水分摂取が可能となります。医師の許可があれば、昼食より食事を摂ることができます。その後の食事制限はありません。
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。 	帰室後は、ベッド上でお休みください。トイレの時のみ歩行が可能です。トイレへ行く際は、必ず看護師を呼んでください。
説明	○看護師より入院生活について、説明を行います。 ○検査時に使用する、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しましたら、面会することができます。	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。 ○医師の許可があれば、退院になります。 ○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。

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。

太い針を腕から刺して検査してきているため、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、腕を曲げることはしないようにお願いします。また、検査後の医師による処置が済みましたら、腕を曲げることができるようになります。自由に歩行も可能となります。

検査後、次のような症状がある際はお知らせ下さい。
□腕の痛みやしびれ、
□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

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。

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：
-----	-----