

入院診療計画書（脳血管撮影検査（上腕・午後用）を受けられる方へ）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

氏名 @PATIENTNAME
症状

様 @PATIENTWARD 病棟

@PATIENTROOM 号室

担当医師@USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

その他の担当者名

月日	検査前		検査後		退院日	
経過	入院日（検査前日） 				退院日 	
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。		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、気分が悪くなる場合があります。我慢せずに、すぐにお知らせ下さい。		合併症がなく、経過できる。	
検査	身長と体重を測定します。		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。		医師が針を刺した部位の観察を行います。	
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。					
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。		朝食後より、薬はいつも通り内服してください。		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。	
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。		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、夕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。		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。		○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。

- お名前を教えてください。
- ここはどこかわかりますか。
- お年はおいくつですか。
- 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。

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

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。

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。
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：
-----	-----