

血管造影検査(ANGIO)を受けられる患者さんへ

氏名 _____ 才 _____ 主治医 _____ 病棟 _____

	検査前日 (/)	検査当日 (/) 検査前 午前or午後	検査後	翌日 (/)
安静	制限なしです。 	・検査までは制限なしです。 弾性ストッキングの着用を、 お願いする場合があります。 	・指示があるまではベッド上安静です。 ⇒体の向きを変えたり、足を曲げたり出 きません。 ・止血確認後は向きを変えることが出来 ますが、曲げないで下さい。 (詳細は別紙で説明します。)	・開始時間によっては 翌朝までベッド上安静 となります。 ・確認後安静解除となります
食事	・午前検査の方は22時から 絶飲食です。 ・午後検査の方は制限なし です。	・午後検査の方は9時から絶飲食です。	・水分、食事開始時間については検査後に 説明いたします。造影剤を早くするため、 可能な範囲内で水分は多めにとって下さい。	制限なしです。
内服	通常どおりです。	・朝の薬は()を飲んで下さい。 又は中止して下さい。 ・昼の薬は()を飲んで下さい。 又は中止して下さい。	・治療後に説明します。 	・通常どおりです。
処置	・足背動脈にマジックで印 をつけます。 ・両股から陰部にかけて除 毛します。 ・尿の管を希望される方はお 知らせ下さい。	・検査前に検査着に着替え、点滴を行 います。 ・体温・血圧を測り、足背動脈を確認し ます。 	・治療後は頻回に体温・血圧を測定します。 	・検査後3日間は治療 部位の消毒を行います。 
清潔	出来るだけ入浴して下さい。			・検査後3日間は入浴 シャワーは出来ません。 看護師が清拭・洗髪を 行います。
排泄	制限なしです。	・検査の前にトイレを済ませて下さい。 ・希望の方は検査までに尿の管をいれます。	・許可が出るまで、ベッド上で尿器・便器 を使い、排泄していただきます。	制限なしです。
必要書類	・治療同意書に署名、捺印 をお願いします。 ・アレルギー問診表の提出 をお願いします。			☆退院後の注意点☆ ・退院後、腹痛、発熱 などの症状があれば外 来受診してください。
その他	・検査には、眼鏡・時計・貴重品・義歯は外して行って下さい。 ・病院食は 20時まで しか保管出来ないため、午後の治療の方は必要時食事の準備をお願いします。 ・付き添いの家族の方は、検査中は部屋はたは、デイルームでおまち下さい。			