

患者ID _____

入院診療計画書 脳血管撮影検査 クリニカルパス

兵庫医科大学病院 年 月 日

患者様氏名 _____

病名 _____

入院目的 _____

科 _____

病棟・病室 _____

症状 _____

推定される入院期間 約 _____ (日・週・月間) 特別な栄養管理の必要性 有・無

検査は _____ 月 _____ 日 () の _____ : _____ ~ です

経過	検査前日 (/)	当日検査前 (/)	当日検査後 (/)	検査翌日 (/)
安静	・制限はありません。		<ul style="list-style-type: none"> 足から検査; 出血予防の為、検査した方の足を曲げないようにベッド上で安静にしてください。 足を曲げなければ横を向く事ができます。 手から検査; 検査終了1時間後より、安静制限はありません。手を曲げないようにして下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 6時に圧迫しているテープをはずしテープ保護を行います。 安静解除後は制限はありません。 入浴は夕方からできます。
処置	<ul style="list-style-type: none"> 普段飲んでいるお薬があれば、いつも通り服用して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 場合により医師の指示で検査前の3時間前までに内服して下さい。 足から検査; 除毛をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 検温; 検査直後・30分後・1時間後・6時間後に行います。 手から検査; 検査した方の手を曲げないように固定します。固定は6時間後に外します。 内服を再開します。 	<ul style="list-style-type: none"> 検温; 朝6時ごろ行います。
食事	・制限はありません。	<ul style="list-style-type: none"> 午前中の検査; 朝から絶飲食です。 午後からの検査; 朝食以降は食べないで下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 気分が悪くなければ、食事が開始になります。 足から検査; 横に寝たままで食事になります。 手から検査; 検査した方の手を曲げないで食事になります。 	
排泄		<ul style="list-style-type: none"> 検査が長くなる場合は、尿の管を入れることがあります。 	<ul style="list-style-type: none"> 足から検査; ベッド上で排泄となります。 手から検査; トイレに行けます。 	<ul style="list-style-type: none"> 安静解除後は制限はありません。
衣類		<ul style="list-style-type: none"> 検査衣に着替えます。 眼鏡・コンタクトレンズ・ヘアピン・指輪・時計・義歯などは、外して下さい。 足から検査; 下着は、外して下さい。 		<ul style="list-style-type: none"> 安静解除後は病衣に着替えます。
説明	<ul style="list-style-type: none"> 検査日までに主治医・看護師から検査について説明があります。 検査同意書に署名・捺印をして提出して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査室で医師・看護師から説明があります。 何かあれば声をかけて下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 主治医から検査の結果について説明があります。 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> 頭部にガーゼが当たっているので、触らないようにして下さい。 ※検査は局所麻酔で行います。検査時間は約1時間です。 状況に応じて、予定が変更となる場合があります。 その他、不明な点がありましたら、お尋ね下さい。 			

※この表はおよその経過を表示しているもので、病状により変更になる場合があります。

主治医署名 _____

説明看護師署名 _____

主治医以外の担当者署名 _____

上記の通り説明を受けました 年 月 日

患者本人署名 _____

親族又は代理人署名 _____

続柄 _____