

入院診療計画書

患者氏名 _____ 様

主治医署名 _____

目的:PTA(経皮的血管形成術)

病名:閉塞性動脈硬化症 症状: _____

説明医署名 _____

入院期間:約4日間





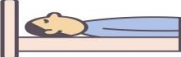
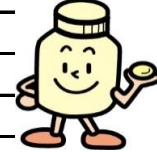
説明年月日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医以外の担当者署名 _____

特別な栄養管理の必要性 有・無

循環器内科 () 病棟 () 号室

担当看護師署名 _____

月日	/	/	/	/	/
経過(病日等)	入院日・治療前日	治療当日(治療前)	治療後	1日目	2日目(退院)
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> 不安なく治療が受けられる。 治療後のイメージができる。 治療の準備ができる。 		<ul style="list-style-type: none"> カテーテルを通した部位からの出血や痛みがない カテーテルを通した部位の安静を保つことができる 創の感染(発赤・熱感・腫れ)がない 力が入りにくい、麻痺やしびれ、物が二重に見える等の脳梗塞症状がない 		
治療・薬剤 (点滴・内服)	持参薬を確認するため一旦お預かりします。(薬剤師が確認します)		点滴 (医師の指示があるまで続けます)		
処置	穿刺部位の除毛を行います。 	体温・血圧の測定をします。 検査着に着替えて頂きます。 入れ歯・時計・めがね・指輪をはずして頂きます。 尿管を入れます。	体温・血圧の測定をします。 	朝、当直医が傷の処置をします。 傷口に問題がなければ歩行できます。 検査着から寝衣に着替えます 尿管を抜きます。	
安静度	制限はありません。		※帰室後、ベッド上で安静にします。 医師の指示があるまで 	病棟内を自由に歩行できます。	
食事	制限はありません。	絶食 (治療前より)		※帰室後気分不良がなければ食べてください。(当日はベッドに寝たままの食事となります)	
清潔	入浴・シャワー			シャワー	
排泄	制限はありません。			トイレ、洗面へは歩いて行けます。	
歩行	転倒を起こす危険性が高いので、転倒予防のパンフレットをよくお読みください。				
患者様及びご家族への説明	医師より治療について説明があります。	治療が終了するまでは家族の方に待機して頂きます。	今後のことについて医師より説明があります。		
費用	治療内容や使用するステントの種類・本数によって総額は変わります。また、保険の種類により実際の請求額は変わります。 高額医療費制度など、負担額の減額・補助が受けられる場合がありますので、医療社会福祉部、もしくは医事課とご相談ください。				

※状態・症状により入院期間を変更することがあります。

診療計画について十分な説明を受けましたので、同意いたします。

同意年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者本人署名 _____

親族又は代理人署名 _____

患者との続柄()