

入院診療計画書

＜脊髄造影検査＞

兵庫医科大学病院 整形外科 2006. 11. 21改訂

号館 病棟 室、患者さん氏名、 歳







病名 主治医 @USERNAME

推定される入院期間 約 (日・週・月間) 入院目的

症状 主治医以外の担当者署名

手術内容

特別な栄養管理の必要性 有・無

経過	検査当日 (/ /) 木	検査翌日 (/) 金	退院日 (/) 土
検査	<ul style="list-style-type: none"> ○脊髄造影検査が午後よりあります。 ○造影検査後はそのままCTの撮影へ行きます。 		
治療処置	<ul style="list-style-type: none"> ○通常服用されている薬の確認をさせていただきます。 ○事故防止のためネームバンドを着用させていただきます。 ○アレルギー(ヨード、キシロカイン等)の有無、向精神剤(フェノチアジン系)の内服の有無を確認させていただきます。 	<ul style="list-style-type: none"> ○背部の清拭 ○検査部位のガーゼ交換 	
安静度	<ul style="list-style-type: none"> ○検査後はベッド挙上60度以上で2時間の安静です。(トイレへの移動は可能です) ○検査後2時間から翌日6時までにはベッド挙上30度での安静です。 	<ul style="list-style-type: none"> ○6時以降は制限なしです 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> ○検査前は10時から食事・水分を摂取しないで下さい。 ○水分摂取は検査後2時間より可能です。(時間は看護師が説明します) ○食事は副作用症状がなければ夕食より摂取可能です。 		
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> ○看護師から検査のオリエンテーション(※検査の内容・検査後の注意について) <ul style="list-style-type: none"> ・お化粧、マニキュア、貴金属、義歯、コンタクトレンズは除去して下さい。 ・検査30分前には排尿をすませ検査着に着替えて下さい。 ・検査は1号館2階テレビセンターで行います。 ○他科の予約があればお申し出ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ○主治医から検査結果の説明があります。 ○退院指導 <ul style="list-style-type: none"> 自宅での過ごし方についての説明をします(入浴は検査の3日後から行えます) 副作用症状(頭痛・嘔気・嘔吐など)が現れた時には、病院へ電話または来院してご相談下さい。 	
書類	○必要書類の提出(入院誓約書・検査同意書)		
メモ、その他(リハビリテーション等の計画)	※検査の内容 <ul style="list-style-type: none"> ・担当看護師と車椅子もしくはベッドでテレビセンターへ向かいます。 ・撮影台の上で、左下の横向きになり膝を抱え込んだ姿勢になります。 ・腰椎部を消毒し局所麻酔の注射後、腰椎穿刺をします。 ・脳脊髄圧計測および頸部圧迫による脳脊髄圧の変動テストをします。 ・体をベルトで固定して造影剤を注入し脊髄腔の狭窄の有無を撮影します。(尚、腰椎では体を固定せず立位で撮影します。) ・ベッドもしくは車椅子でCT室に向かい撮影し終了後、病室へ戻ります。 ※検査後の注意 <ul style="list-style-type: none"> ・頭を下げると、造影剤が腰部より上方へ上がり副作用が現れる事があります。(副作用には、頭痛・吐き気・嘔吐などがあります。) ・検査後に頭痛、気分不良、けいれん等の症状が出ればお知らせください ・頭部を下げて、床に落ちた物を拾う動作なども避けて下さい。(必要な時はしゃがみ込んで頭を下げずに取って下さい。) ・トイレには副作用症状がなければ検査終了後に歩いて行くことができます。 ・検査後、トイレ時以外は安静にするのが望ましいです。 ・検査2時間後から造影剤の排泄を促すために、水分を多めにお取りください。(造影剤は尿と一緒に排泄します) 		

※診療内容・入院期間等は現時点で考えられるもので、今後検査等を進めていくにしたがって変更する場合があります。その場合は再度説明いたします。

兵庫医科大学病院整形外科外来 (0798)45-6180 平日 午前8時30分～午後4時45分、第1・3・5・土曜 午後8時30分～正午
 兵庫医科大学病院()病棟 (0798)45-() 上記以外の時間 21008-01

説明年月日

年 月 日

説明医師署名	
--------	--

説明看護師署名	
---------	--

上記のとお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		患者との続柄	
-----------	--	--------	--