

入院診療計画書 コイル塞栓術(局所麻酔)、フローダイバーター クリニカルパス

説明年月日 年 月 日

患者ID _____ 病名 _____ 症状 _____ 入院病棟 _____ 病棟 _____ 号室 _____
 患者氏名 _____ 入院目的 _____ 推定される入院期間 約 7 日 特別な栄養管理の必要性 有・無 _____

経過	入院日～手術前日	手術前	手術後	術後1日目
治療・検査	<ul style="list-style-type: none"> 手術に必要な検査を行います(頭部MRI、CT、血液検査) 検温: 1日1回 	<ul style="list-style-type: none"> 検温: 手術直前 	<ul style="list-style-type: none"> 検温: 手術直後・30分後・60分後 心電図などの機器を装着します 輸液の点滴を行います 	<ul style="list-style-type: none"> 検温: 1日3回 血液検査を行います 異常がなければ、9時に心電図などの機器を外します
処置	<ul style="list-style-type: none"> 鼠径部の除毛を行います 	<ul style="list-style-type: none"> 左手に点滴の管を入れます 手術2時間前から点滴を始めます 手術着に着替えます 尿道に管を入れます 	<ul style="list-style-type: none"> 止血の為、穿刺した側の鼠径部を圧迫します 	<ul style="list-style-type: none"> 医師が鼠径部を圧迫しているテープを取ります 歩行可能であれば尿道の管を抜きます
安静度	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	 	<ul style="list-style-type: none"> ベッド上安静です * 出血予防の為、穿刺した側の股関節を曲げないでください 股関節を曲げなければ軽く横を向くことができます 	<ul style="list-style-type: none"> 圧迫解除後、医師から安静制限の指示があります * 股関節を90度以上曲げる行動(正座や屈伸)などは避けてください * ベッドから起き上がる際は、穿刺していない方の足を下側にして、横を向きながらゆっくり起き上がってください
食事	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> 手術2時間前から絶飲食です 	<ul style="list-style-type: none"> 夕食から再開します 横向きで寝たままです 	<ul style="list-style-type: none"> 安静指示に従っての食事方法となります
内服	<ul style="list-style-type: none"> お薬手帳と内服薬の確認を行います 医師の指示により内服します 	<ul style="list-style-type: none"> 少量の水分で飲むことができます 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示により再開します 	<ul style="list-style-type: none"> 朝食分から再開します
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 		<ul style="list-style-type: none"> 排便はベッド上で行います 尿量の測定を行います 	<ul style="list-style-type: none"> 安静指示に従っての排泄方法となります
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 		<ul style="list-style-type: none"> 手術後はシャワーなどに入ることができません 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師が身体を拭きます 
説明・指導 リハビリ テーション の計画	<ul style="list-style-type: none"> 病棟案内を行います 検査に必要な書類に署名、捺印をして看護師に渡してください 		<ul style="list-style-type: none"> 手術の結果説明を行います 	<ul style="list-style-type: none"> * 穿刺した部分の腫れや出血を認めた場合はすぐに看護師に伝えてください

* 診療内容については現時点で考えられるもので、病状により変更になる場合があります。その場合は再度説明いたします。

主治医署名 _____ 主治医以外の担当者署名 _____ 説明看護師署名 _____

上記の通り、説明を受けました。 年 月 日
 患者本人署名 _____

親族または代理人署名 _____ 患者との続柄 _____

* ご不明な点がありましたら下記まで連絡をお願いいたします
脳神経外科外来: 0798-45-6140
 平日 (午前8:45～午後4:30)
 第1・3土曜日 (午前8:45～午後12:30)
 * 上記時間外は、代表: 0798-45-6111

患者ID

経過	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目	術後7日目	術後8日目～退院日	
	/	/	/	/	/	/	/	
治療・検査	・検温:1日2回 ・輸液の点滴を行います	・検温:1日1回		・血液検査を行います				
処置		・点滴の管を抜きます						
安静度		・病院内は自由です						
食事								
内服								
排泄	・尿量の測定を行います 	→						
清潔	・看護師が身体を拭きます	・シャワーが可能になります					・入浴は退院後に可能です	
説明・指導							・退院日が決まれば、看護師から説明があります	

* 退院後に傷が赤く腫れたり、傷が開いたりするようなことがあれば、脳神経外科外来を受診するようにしてください