

心臓カテーテル検査を受ける方の入院診療計画書

病棟：

お名前：

入院目的：心臓カテーテル検査

手術内容及び日程：

指定された時間に10号館1階受付へお越し下さい

説明日時：平成 年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分

病名：

症状：

推定される入院期間：3～4日間

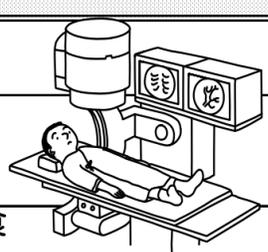
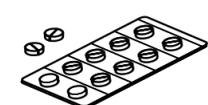
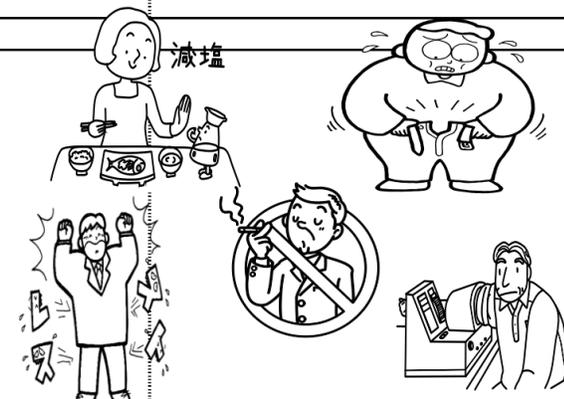
特別な栄養管理の必要性 有・無

説明者 (署名)

主治医 (署名)

担当看護師 (署名)

主治医以外の担当者 (署名)

	外来・入院まで	入院 検査前日	カテーテル検査当日 (/) 検査直前	検査後	退院日 検査翌日
症状	胸痛などの症状が強くなったり頻回になるようでしたら早めに外来までご連絡下さい	症状が出現したら必ず看護師が主治医に伝えて下さい			
安静		病院内自由 ただし外出、外泊の際は主治医か看護師に申し出てください		検査後の安静は主治医または看護師にお尋ね下さい	
食事		心臓病食 (塩分7g)	検査前絶飲食 朝食・昼食	検査後嘔気なければ 食事摂取可	
検査・治療	採血 (血算・生化学・感染症・血液型) 胸腹部レントゲン 運動負荷心電図 心エコー 	外来で検査されていない方のみ 採血・レントゲン 運動負荷心電図 心エコー	検査予定日時 (月 日 AM・PM 時頃) 穿刺部位の確認 <input type="checkbox"/> (左・右) 大腿動脈 <input type="checkbox"/> (左・右) 大腿静脈 <input type="checkbox"/> (左・右) 橈骨動脈	検査結果 左心室造影 冠動脈造影 その他	治療方針 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 冠インターベンション治療 <input type="checkbox"/> 手術 () <input type="checkbox"/> その他 ()
処置		検査部位の除毛 (必要時のみ)	検査着に着替えてください 尿の管を入れることがあります 	圧迫 <input type="checkbox"/> 下肢圧迫ベルト <input type="checkbox"/> 手首バンド	
薬剤	入院時には お薬を持参して下さい	持参薬を確認させてください 	検査室で点滴をします 抗生物質の点滴 (必要時のみ) 		服薬指導 (薬剤師) <input type="checkbox"/> 狭心症薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> その他 
説明	治療についての説明があります 主治医 () カテーテルコーディネーター ()	治療についての説明があります 主治医 () カテーテルコーディネーター () 検査担当医 () 看護師 ()			主治医より検査の結果説明 退院後の外来 紹介していただいた先生もしくは地域の開業医の先生での外来になります 当院では定期的な検査の受診のみとなります 報告書(紹介状)、フィルムをお持ち下さい
歩行	転倒をおこす危険性が高いので、転倒予防のパンスレットをよくお読み下さい				
その他 (リハビリテーション等の計画)	入院費用 総額 約 20~30万円 保険の種類により実際の請求金額はかわります 高額医療費制度などの手続きにつきましては医療社会福祉部へご相談下さい 		減塩 		退院後目標! 減量 禁煙 血圧 (130 / 85 mmHg以下) 高脂血症 LDLコレステロール (100 mg/dl 以下) 中性脂肪 (150 mg/dl 以下) HDLコレステロール (40 mg/dl 以上) 糖尿病 空腹時血糖 (110 mg/dl 以下) ヘモグロビンA1C (5.5 g/dl 以下) 高尿酸血症 尿酸 (7.0 mg/dl 以下)

※ 状態、病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 ()