

患者ID : @PATIENTID

心臓カテーテル検査を受ける方の入院診療計画書

病棟・病室 : _____

診療科 : 循環器内科

患者様氏名 : _____

病名 : _____

症状 : _____

主治医署名 : _____

手術内容 : _____

入院期間 : 3日間

担当看護師 : _____

説明日時: _____年 _____月 _____日 午前・午後 _____時 _____分 ~ _____時 _____分

特別な栄養管理の必要性 有・無

その他担当者名 : _____

月日	／	／	／	
経過(病日)	入院日(検査前日)	カテーテル検査当日(直前)	カテーテル検査後	1日目(退院)
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> 不安なく検査が受けられる 検査後のイメージができる 	<ul style="list-style-type: none"> 検査室で点滴をします 	<ul style="list-style-type: none"> 穿刺部位からの出血や痛みがない 穿刺部位の安静を保つことができる 胸部症状がない 	<ul style="list-style-type: none"> 胸部症状が出現したら、医師または看護師に伝えて下さい
薬剤	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬を確認します 指示されたお薬を内服して下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 検査室で点滴をします 		<ul style="list-style-type: none"> 服薬指導(薬剤師) 
検査治療	<ul style="list-style-type: none"> 外来で検査されていない方のみ 採血 心電図 レントゲン 心エコー 	<ul style="list-style-type: none"> 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 <input type="checkbox"/> (左・右) 手首 <input type="checkbox"/> (左・右) 肘 <input type="checkbox"/> (左・右) 首 		
処置	<ul style="list-style-type: none"> 必要時、穿刺部位の除毛をします 点滴の管を入れます(前日または当日) 	<ul style="list-style-type: none"> 体温・血圧の測定をします 検査着に着替えます 入れ歯・時計・めがね・指輪を外します 尿の管を入れることがあります 	<ul style="list-style-type: none"> 体温・血圧の測定をします 穿刺部を圧迫します <input type="checkbox"/> 下肢圧迫 <input type="checkbox"/> 手首バンド 	
安静度	制限はありません		帰室後、説明があります	制限はありません
食事	制限はありません	絶飲食 (朝・昼)	帰室後、問題なければ食べて下さい	
清潔・排泄	入浴・シャワー		帰室後、説明があります	
患者様及びご家族への説明			<ul style="list-style-type: none"> 圧迫のバンドは触らないで下さい。 検査結果や今後のことについて医師より説明があります 	
歩行	転倒をお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下さい			
費用・その他(リハビリテーション等の計画)	治療内容や使用するステントの種類・本数によって費用が変わります。また、保険の種類により請求額が変わります。高額医療費制度など、負担額の軽減・補助が受けられる場合がありますので、は医療社会福祉部へご相談下さい			  

※この計画書は現時点で考えられるもので、今後病状等により変わります。その場合は、再度説明します。

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 _____年 _____月 _____日 患者本人署名(自筆)

親族又は代理人署名(自筆)

(続柄 _____)