

患者ID :

## カテーテルインターベンション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 : 4日間






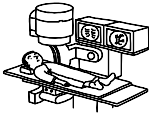




担当看護師 :

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(治療前日)	治療当日(直前)	治療当日(治療後)	
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>不安なく治療が受けられる</li> <li>治療後のイメージができる</li> <li>治療の準備ができる</li> </ul> 		<ul style="list-style-type: none"> <li>穿刺部位からの出血や痛みがない</li> <li>穿刺部位の安静を保つことができる</li> <li>胸部症状がない</li> </ul>	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	持参薬を確認します 指示されたお薬を内服して下さい 	検査室で点滴をします 	服薬指導(薬剤師) 	
検査治療	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 	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) 肘首 <input type="checkbox"/> (左・右) 首		
処置	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)	体温・血圧の測定をします 治療着に着替えます 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	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			・圧迫のバンドは触らないで下さい ・治療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(1)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)