

患者ID :

経皮的血管内治療術(EVT)を受けられる方への入院診療計画書




診療科 : 循環器内科

患者氏名 _____ 様 病名 : 閉塞性動脈硬化症 症状 : _____ 病棟・病室 : _____

手術内容 : _____ 入院期間 : _____ 主治医署名 : _____

説明日時 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 担当看護師 : _____

特別な栄養管理の必要性: 有・無 _____ その他担当者名 : _____

月日	/	/	/	/	
経過(病日等)	入院日・治療前日	治療当日(治療前)	治療後	1日目	2日目(退院)
達成目標	・不安なく治療が受けられる ・治療後のイメージができる ・治療の準備ができる		・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 → ・穿刺部位の感染(発赤・熱感・腫れ)がない → ・力が入りにくい、麻痺やしびれ、物が二重に見える等の脳梗塞症状がない →		
治療・薬剤(点滴・内服)	持参薬を確認します。指示されたお薬を内服して下さい	点滴の管を入れます 治療前から点滴を開始します	点滴(医師の指示があるまで続けます) →		
処置・検査	穿刺部位の除毛を行います	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。 穿刺部の観察をします(手・肘・足など)	医師が創部の処置をします 寝衣に着替えます 尿の管を抜きます	
安静度	制限はありません		※帰宅後、ベッド上で安静にします(医師の指示があるまで) 	穿刺部位の処置後、病棟内を歩行できます	
食事	制限はありません	絶食(朝・昼) 	※帰宅後、気分不良がなければ食べて下さい(当日はベッドに寝たままの食事となります)		
清潔	入浴・シャワー			穿刺部位の処置後、シャワーできます	
排泄	制限はありません	ベッド上になることがあります		トイレ歩行できます	
歩行	転倒を起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ください				
患者様及びご家族への説明	医師より治療について説明があります		治療終了後、結果や今後のことについて医師より説明があります 		
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、負担額の減額・補助が受けられる場合がありますので、医療社会福祉部、もしくは医事課にご相談下さい。				

※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。入院期間についても、現時点で予想されるものです。

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 _____)