

カテーテルインターベンションを受けられる方の入院診療計画書


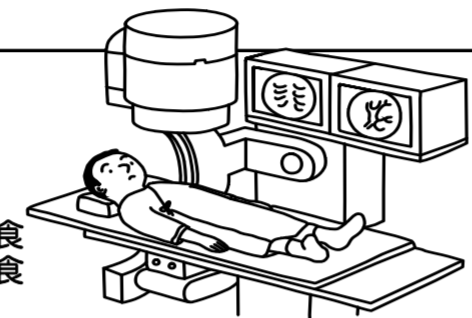

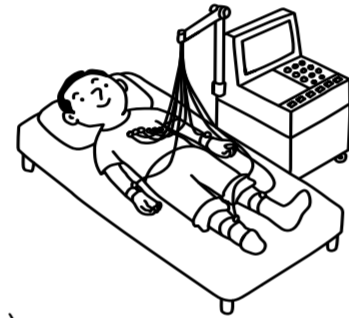







病棟：
お名前：
入院目的：冠動脈インターベンション治療
手術内容：

推定入院期間：4～5日間

説明日時：平成 年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分

病名：
症状：
特別な栄養管理の必要性 有・無

説明医（自筆）
主治医（自筆）
担当看護師（署名）
主治医以外の担当者（署名）

	入院当日は指定された時間に10号館1階受付へお越し下さい	カテーテル治療当日（ / / ）	治療直後	退院日 治療翌日～2日目
入院 治療前日	カテーテル治療前日	治療直前	治療直後	治療翌日～2日目
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主治医もしくは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		午前10時頃退院予定
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		治療後の安静は主治医または看護師にお尋ね下さい	
食事	減塩食（塩分7g） 	治療前絶食 午前の方は朝食 午後の方は昼食 	吐き気がなければ食事摂取可 	
検査・治療	採血・胸部レントゲン（必要時） 運動負荷心電図（必要時） 心エコー検査（必要時）	□カテーテル治療 （ 月 日 AM・PM 時頃） □予定穿刺部位（ ）		心エコー検査
処置	太もも付け根周辺の除毛（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 □下肢圧迫ベルト □手首バンド 安静解除予定時間 （ 月 日 AM・PM 時頃） 安静解除 解除後の安静度は主治医または看護師にお尋ね下さい	
薬剤	持参薬を確認させてください 治療のための薬（抗血小板薬） バイアスピリン パナルジン、またはプラビックス 糖尿病薬をお持ちの方は、医師へお申し出下さい。 検査前夜には睡眠薬を内服します（希望者のみ）	検査室で点滴をします 抗生物質の点滴をします（必要時のみ） 		服薬指導（薬剤師） □狭心症薬 □抗血小板薬 □降圧剤 □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（ ） 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、転倒予防のパンフレットをよくお読み下さい			
動脈硬化危険因子、その他（リハビリテーション等の計画）	入院費用 総額 約 120万～160万円 治療内容や使用するステントの種類・本数によって総額は変わります また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

兵庫医科大学 内科 循環器内科
2011.05.16改訂 70001-02

患者との続柄（ ）