

入院診療計画書

ミエログラフィー他神経障害の検査を受けられる (脊髄腔造影)

様へ

2 部 印 刷
1 部 : 患 者 ファイル
1 部 : 患 者 様 用

病名 年齢 生年月日: 薬剤師

主治医 受持看護師 病棟 担当管理栄養士

	入院日 月 日	検査日(ミエログラフィー)		検査後1~2日 月 日 ~ 月 日	検査日(神経根ブロック)	
		検査前 月 日	検査後 月 日		検査前 月 日	検査後 月 日
目標	安心して検査を受けることができる 心身ともに安定した状態で検査を受けることができる	検査後の合併症が起きない 安静の必要性が理解でき実行できる		検査の合併症が起きない	安心して検査を受けることができる 合併症がなく過ごすことができる 退院への不安がない	
食事	普通食がでます 	朝は食事の量が半分になります 昼は食べることができません 水分は11時まで飲んで頂いてかまいません それ以降は何も口にしないようにして下さい	夕食から普通食が開始になります 水分は検査直後より自由にとって頂いてかまいません	普通食がでます 	神経根ブロックの場合は普段どおりです 水分の制限はありません	神経根ブロックの場合は食事の制限はありません
安静度	自由です 	検査前は自由です 	検査後はベッドの頭元を30度まで上げます 翌朝点滴が終了するまでは、起き上がり、坐ったり、歩いたりしないようにして下さい 夕食時はベッドを上げるよう看護師がうかがいます 寝返りはして頂いてかまいません	自由です 1日目のみ、頭痛などの症状を防ぐため、トイレ歩行程度に留めて下さい	自由です 	神経根ブロック時には、検査後30分頃に看護師がうかがいますので、歩行してみましょう。以後自由です。 (ブロックの効果を知るためです)
清潔	シャワー浴をすることができます 	午前中にシャワー浴ができるよう看護師が声をかけます	温タオルで体を拭きます 	1日目はシャワー浴はできません (温タオルで体を拭きます) 	午前中にシャワー浴ができるよう看護師が声をかけますので、シャワーをすませて、新しい寝衣に着替えて下さい 	温タオルで体を拭きます 
排泄		検査前はトイレまで歩いていくことができます	検査後の排泄はベッド上でしていただきます(必要時や希望により尿の管を入れることもできます)	(尿の管を挿入していた場合は尿の管を抜きます) 点滴終了後よりトイレに歩いていくことができます	検査前はトイレまで歩いていくことができます	神経根ブロックの場合、検査後よりトイレに歩いていくことができます
点滴		午前11時頃より翌朝まで持続点滴をします (造影剤を排泄させるための点滴です) 		朝、点滴終了すれば抜きます		
検査		ミエログラフィー(脊髄造影)をします ミエログラフィー後、CT検査をします 検査は13時頃より、本館1階にて行います 検査室へはベッドで移動します トイレをすませてお部屋でお待ち下さい				
内服	持参薬は特に指示がなければ続けて飲んで下さい。 抗凝固剤など、外来より中止されている薬は飲まないで下さい。薬剤師がお薬について説明します。	中止されている薬以外は飲んで下さい 		中止されている薬以外は飲んで下さい	☆外来通院に切り替えることが可能であれば退院となります	
観察		血圧、脈拍、体温測定をします 状態の観察をします	頭痛、吐き気、しびれなどの症状がでる場合には看護師にお知らせ下さい		血圧、脈拍、体温測定をします 状態の観察をします	頭痛、吐き気、しびれなどの症状がでる場合には看護師にお知らせ下さい
説明指導	医師が検査について説明します  看護師が検査について説明します 	時計、指輪、ネックレス、ヘアピン、眼鏡などは外し、化粧、マニキュアはしないようにして下さい	医師が検査結果と今後の方針について説明します 		時計、指輪、ネックレス、ヘアピン、眼鏡などは外し、化粧、マニキュアはしないようにして下さい	医師が検査結果と今後の方針について説明します 

※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることもありますのでご了承ください
 ※ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。 ※ 特別な栄養管理の必要性 有 無
 私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

◇総合的な機能評価◇ 評価対象外

・日常生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察
・認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察
・意欲	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察

患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄)

高知赤十字病院 整形外科 08-001-P0(患者用)
08-002-P0(患者用)