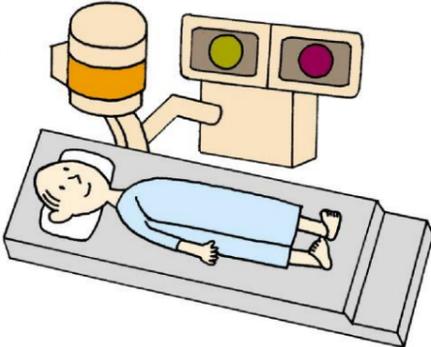


# 入院診療計画書

( )様へ

病名  年齢 \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 薬剤師 \_\_\_\_\_  
主治医 \_\_\_\_\_ 受持看護師 \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 管理栄養士 \_\_\_\_\_

| 経過   | 検査前   | 検査中   | 検査終了後・病棟入室  |
|------|---|---|---|
| 目標   | 心臓血管カテーテル検査の必要性が理解できる。  | スムーズに治療・検査を受けることができる。   | 胸の痛みがなくなる。<br>安静が守れる。   |
| 食事栄養 | 飲んだり食べたりできません。<br>   | 飲んだり食べたりできません。<br>                   | 検査後の状態によって飲水の制限があります。   |
| 安静度  | ベッド上での安静となります。<br>   | 足の付け根の所からカテーテルの管を入れて検査を行いますので、検査中は動かないようにお願いします。  | 検査後足の付け根の所に管が残っていますので、足は曲げないようにお願いします。<br>状態に応じた安静度になります。<br>何かあれば看護師に声を掛けてください。  |
| 清潔   |   |   | 清拭や洗面の介助をします。<br>  |
| 排泄   | 尿の管を入れます。<br>  |   | 尿の量を量ります。<br>必要がなくなりしだい尿の管を抜きます。  |
| 検査   | 血液検査、心電図、胸部XP、エコー、その他必要な検査を行います。<br>    | 足の付け根の動脈の所に心臓の血管に通して造影剤を流しながら血管が詰まっていないかみていきます。   | 血液検査や心電図など、必要に応じて検査を行っていきます。<br>    |
| 治療内服 | 検査の前に、血流をよくするお薬を飲んでいただきます。<br>酸素吸入をします。<br>  | 血管の詰まっているところがあれば、詰まった血管を広げるための治療を行います。  | 酸素吸入の必要がなくなれば酸素を外します。<br>状態に応じて点滴から内服薬に順次変更していきます。  |
| 処置   | 点滴をします。<br>カテーテルを入れる足の付け根の毛剃りをします。<br>検査後に脈拍を確認するために足の甲の部分にマジックで印をつけます。<br>心電図モニターのシールを貼ります。  | 心電図モニターをつけます。<br>随時、血圧などを測ります。<br> | 点滴は必要がなくなりしだい抜きます。<br>心電図波形の観察をします。   |
| 説明指導 | 着替えを行います。<br>入れ歯や装飾品なども外してください。<br>医師が治療及びカテーテル検査の説明を行います。<br>検査後は、入院になるのでご家族の方に入院の手続きをしていただきます。<br>ご家族の方は、検査が終わるまでお待ち下さい。  |                                    | 検査後、カテーテル検査の結果について説明します。<br><br>病棟にご案内します。<br>(検査の結果によって入院する病棟が決まります。)<br>病棟で必要物品や面会時間の説明があります。<br> |

※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

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。

※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。

◇総合的な機能評価◇

|                                |                               |                                |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 評価対象外 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要経過観察 |
| ・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 |

※ 特別な栄養管理の必要性  有  無

患者 又は 親権者・親族等サイン \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

高知赤十字病院 内科(循環器内科) 03-012-0(患者用)