










入院診療計画書

経皮的冠動脈形成術・冠動脈ステント術 を受けられる

()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
 症状 受持看護師 病棟 管理栄養士

	入院日		治療当日		治療翌日	治療後2日目～退院日
	月	日	月	日	月	日
			治療前	治療後		
私の目標	・治療の説明がわかる ・治療に対する心配事や不安なことが話せる ・安心して治療に望むことができる		・安静が守れる ・出血・胸痛・腰痛の合併症がない ・痛い時や気分が悪い時などに訴えることができる		・退院後の注意事項や生活が理解できる	
食事	減塩食がです 入院中栄養士により栄養指導があります 		治療直前まで飲水は自由です 治療のため <input type="checkbox"/> 朝遅食 <input type="checkbox"/> 昼遅食 です <input type="checkbox"/> 食事の制限はありません ただし、お薬は飲んでください 	治療終了直後より飲水は自由です 食事は帰宅1時間後から食べることができます  	退院後の注意点 退院後4～5日は次のことに注意してください ① 激しい運動や労働は避けてください ② 入浴は退院日の翌日からできます ③ 血栓予防のためのお薬が処方されています 忘れずに飲んでください ④ 急な胸痛・息苦しさがあった場合はすぐに 受診してください 	
安静度	自由です		 分からない事があれば 遠慮せず いつでも声をかけて くださいね		治療後、足の管を抜くまでベッド上で安静に過ごします (ベッドアップ30度までできます) 治療をした足を曲げたり座ったりすることはできません 管を抜いた後、3時間は足の上に重しをのせて圧迫します 3時間後に重しを外し、その後4時間の計7時間はベッドアップもできません 管を抜いてから7時間で尿の管を抜きます その後は洋式トイレまで歩いて行くことができます 	
清潔	毛剃りの後、入浴・シャワー浴をしてください 医師により入浴・シャワー浴が禁止されている方には 温タオルをお渡しします		入浴はできません			
処置	採血・心電図・レントゲンの検査を行います (主として入院時または入院前に外来で行います) 両足の付け根の毛剃りをします		治療着に着替えます 装飾品は外してください 両足の脈の触れる場所に×印をつけます 尿の管をいれます		主治医が穿刺部の消毒・ 確認をします 心電図モニターをはずします	処置はありません
内服 点滴	以前から飲んでいる薬があれば持ってきてください 薬剤師により服薬指導があります 医師の中止指示がない限り、いつも どおりに薬を飲んでください バイアスピリン、プラビックスの内服が開始される ことがあります 		手から点滴を入れます 	点滴は朝まで持続します 痛みが強い場合は処置を行いますのでナースコールで申し出てください  		
説明・指導	主治医より治療に関する説明があります ご家族の方も同席してください (<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時) 同意書に署名し提出していただきます		ご家族の方は治療前にご来院ください 治療後医師より説明があります		入院費用(更正医療)について事務職員より 説明いたします 退院時に次の入院、外来検査予約および紹介状 がある場合はお渡しします	
用意するもの			バスタオル(治療前に必要です)	寝のみ または 曲がるストローがあると水を飲むのに便利です		

※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下さい。

※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。

主治医 印
 又は署名
 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

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

年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン

(続柄)