









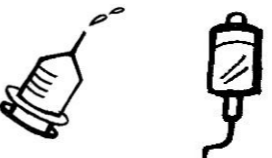


入院診療計画書

手首 腕より 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	月 日
		治療前	治療後		
私の目標	<ul style="list-style-type: none"> 治療に対する説明がわかる 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 			<ul style="list-style-type: none"> 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 食事は帰室1時間 後から食べることができます 治療をした方の手とは反対の手で食事を食べてください 	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 治療した腕での労働や重いものを持つたりすることをさける ② 治療した腕をぶついたり急に伸ばしたり曲げたりしない ③ 治療した腕での血圧測定はしない ④ 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 ⑤ 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	 <p>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</p>	自由です	手首 治療1時間後よりトイレまで歩いて行くことができます 	腕 治療1時間後よりトイレまで歩いて行くことができます 手の動脈の管を抜いてから3時間後に固定の板をはずします 腕の固定板をはずした後からは、病棟内を自由にいただけます 固定板をはずした後もなるべく腕を伸ばしていただきます 	
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)	治療着に着替えます 装飾品は外してください 両腕の脈の触れる場所に×印をつけます	心電図モニターを翌朝までつけます 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 状態をみて医師が手の管を抜き圧迫止血します (<input type="text"/> 時頃の予定です) 	主治医が穿刺部を確認し、 バンドを外します 心電図モニターをはずし ます	処置はありません
内 服	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 	手から点滴を入れます 	点滴は翌朝まで持続します 		
点 滴	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				
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	治療後は、観察のため頻回に看護師が伺います 治療後は造影剤を排泄させるため、いつもより多くの水分を取ってください	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 退院時に次回の入院・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)			

※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。

※ 特別な栄養管理の必要性 有 無

主治医 印は署名
 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◇

<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

年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄)



2 部 印 刷

1部:患者ファイル

1部:患者様用