

入院診療計画書

ジェネレーター交換術を受けられる ()様へ

2部印刷
本紙：患者ファイル
コピー：患者様用

病名

年齢

生年月日:

薬剤師

症状

ペースメーカー電池消耗

受持看護師

病棟

管理栄養士

	入院日		手術当日		退院日	
	月 日		月 日		月 日	
			交換前	交換後		
私の目標	☆手術の説明がわかる口 ☆手術に対する心配事や不安なことを話することができる		☆安静を守ることができる ☆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ができる	
食事	必要に応じて治療食が出ます 		水分は手術前まで自由です 手術のため昼絶食です  	手術終了後より水分と食事は可能です 	必要に応じて治療食が出ます 	
安静度	病院内自由です 		病棟内自由です 		病棟内自由です 	
清潔	入浴、シャワー浴をしてください  医師により禁止されている方は、 看護師が胸・脇を石鹸を用いて洗います 				シャワーを浴びる場合は傷を濡らさないようにして下さい 	
検査処置	採血、尿検査、心電図検査、胸のX線撮影をします (主に入院前に外来で行います)   お薬などのアレルギー歴がある場合は医師または看護師にお知らせください 				尿の管を入れた方は、尿の管を抜きます 傷のチェックがあります 採血を行います 	
内服点滴	内服薬の変更、又は中止になる場合があります 		点滴を行います 	点滴を行います 		
説明指導	主治医が手術について説明します。ご家族の方もご同席下さい 薬剤師がお薬について説明します    同意書に署名し提出していただきます		手術中はご家族の方の付き添いが必要です ですので手術前にご来院をお願いします	手術後は、観察のため頻回に看護師が伺います 	自分で脈が測れるよう説明します パンフレットを用いてペースメーカーの注意事項等について説明します 【次回外来受診】 月 日	
用意する物			バスタオル1枚 	寝のみ 又は 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。

総合的な機能評価◇

評価対象外

日常生活動作

認知機能

意欲

問題なし

問題なし

問題なし

要経過観察

要経過観察

要経過観察

特別な栄養管理の必要性

有

無

主治医
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。

年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄)

高知赤十字病院 内科 03-021-P0(患者用)