









心臓カテーテル検査予定表: 橈骨動脈用(入院治療計画書)

ID: <<SYPID>> 患者氏名: <<ORIBP_KANJI>> 様 生年月日: <<ORIBP_BIRTHDAY_W>> (<<ORIBP_BIRTHDAY>>) 病名(症状):
 入院科/病棟: <<INDICATESTAFF_SELECTEDDEPT_NAME>> / <<OREVF_A>> 主治医: <<ORDCT_S_A>> (印) 担当医: <<ORDCT_T_A>>
 担当看護師: <<ORDCT_N_A>> 主治医以外の担当者: 薬剤師 管理栄養士

2014/3/31 作成 2016/1/2修正 2018/1/5修正

経過	検査前日	検査当日～検査前～	検査当日～検査後～	検査後
月日	/	#VALUE!		#VALUE!
達成目標	★術前準備が整う。★治療についての不安軽減。		★バイタルサインが安定している。	★今後の治療方針に納得している。
治療・処置	★必要時、胸部・両腕の毛を剃ることもあります。 ★足の甲(動脈)にマジックで○印を付けます。 ★心電図モニターを装着します。 	★__時に(右・左)手から点滴を開始します。 ※10分前に排尿を済ませ検査着に着替えてお待ち下さい。 ※検査着の中の上部は何も着ないで下さい。下部は下着・ズボンをはいて下さい。 ★__時にカテーテル挿入部に麻酔のテープを貼ります。	★点滴はなくなり次第終了になります。 ※状態に応じて点滴を追加する場合があります。 ★止血バンドは6時間かけて少しずつ空気を抜きます。 ★出血がなければ5時間後にカテーテル挿入部を固定した板を外し、6時間後に止血バンドを外します。	★午前中にカテーテル挿入部の処置を行います 
検査				★安静心電図があります。 
内服	★中止していただくお薬(有・無) ★インスリン注射(有・無)	★中止していただくお薬(有・無) ★インスリン注射(有・無)	★内服薬はいつも通りです。 ※検査結果によっては内服薬が変更となる場合があります。	
食事	★病院食を普通通り食べて下さい。 	★朝食は <input type="checkbox"/> (全量・半分) 摂取可 <input type="checkbox"/> 食べられません ★昼食は(食べられます・食べられません) ★水分は__時まで摂取可能です。	★帰宅後30分経て気分不快がなければ水分摂取が可能です。その後、異常がなければ食事ができます。 ※検査のため多量の造影剤を使用しています。水分を多く摂り造影剤を体外へ早く出しましょう。	★病院食を普通通り食べて下さい。 
看護	★剃毛終了後、シャワーを浴びて下さい。 ★夕方、体重測定をします。 	★車椅子で検査に行きます。検査に行く前、入れ歯・メガネ・コンタクトレンズ・貴金属(ヘアピン・指輪時計・ネックレス)など外して下さい。 	★車椅子で帰宅します。 ★トイレ歩行できます。 ★検査終了後、安静解除までは30分～1時間毎に血圧・脈拍・体温を測定します。その後は2時間毎、0時を過ぎたら3時間毎に測定します。	★検査後2日目からシャワー浴が可能です。 
リハビリ				
説明・指導			★検査した方の手はなるべく動かさず安静にして下さい。 ※手のひらをつくことは禁止です!! 	★退院前に次回予約と退院処方についてご確認下さい。 

★特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

高齢者総合評価の実施 有 : 無

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わり得るものです。
 注2 入院期間は現時点で予測されるものです。
 ご不明な点は遠慮なくスタッフへお尋ねください。

総合的な機能評価	基本的生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	日常生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	気分・心理状態	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。

<<DYTODAY>>

説明者: 続柄(本人・)
 説明を受けた人: (代表者)

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
 パス承認番号(No.17) 承認年月日(2018年1月11日)
 <管理No.14>