

入院診療計画書（脳血管撮影検査（上腕・午前用）を受けられる方へ）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

氏名 @PATIENTNAME
症状

様 @PATIENTWARD 病棟

@PATIENTROOM 号室

担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

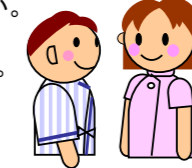
その他の担当者名 @SYSDATE

| 月日 | 入院日（検査前日） | 検査前 | 検査後 | 検査翌日～退院日 |
|----|--|---|--|---|
| 経過 | 入院 | 検査前 | 検査後 | 検査翌日～退院日 |
| 目標 | 検査について理解できる。検査後の安静の必要性について理解できる。 | 9時から血管撮影室で検査を行います。 | 検査中は、造影剤を使用しますので、急に身体が熱くなったり、頭が痛くなったり、気分が悪くなることがあります。我慢せずに、すぐにお知らせ下さい。 | 合併症がなく、経過できる。 |
| 検査 | 身長と体重を測定します。 | 身体の状態に合わせて、歩行や車椅子で看護師と共に移動します。 | 治療後は、車椅子で部屋へ戻ります。 | |
| 処置 | 入浴していただき、化粧や手足のマニキュアを落としてください。 | 検査前の準備 □パンツ以外の下着は脱ぎ、検査着に着替えます。 □義歯、眼鏡、時計、指輪、ネックレス、湿布等、身につけている物はすべて外します。 □髪が長い方はゴムで髪を束ねます。 | 検査終了2時間後に、医師の診察があります。針を刺した部位の確認と処置を行います。 | 医師が針を刺した部位の観察を行います。 |
| 観察 | 体温・血圧・脈拍測定、意識の状態・手足の動き・眼の動きを観察します。 | | | |
| 注射 | | () 時に点滴を開始します。 | 医師の許可があれば、点滴を終了します。 | |
| 内服 | ○持参薬はすべて薬剤師が確認させていただきます。 ○いつも通り内服していただきますが、検査のため中止となる薬がある際は、ご説明させていただきます。 | 朝はいつも通り薬を内服してください。昼の薬については、医師の指示に従って内服してください。 | 夕食後より、薬はいつも通り内服してください。 | 太い針を腕から刺して検査してきているため、検査後は大変出血しやすい状態になっています。圧迫して止血処置を行っているため、医師の指示があるまで、腕を曲げることはしないようにお願いします。また、検査後の医師による処置が済みましたら、腕を曲げることができるようになります。自由に歩行も可能となります。 |
| 食事 | 制限はありません。いつも通り、お食事をお召し上がりください。 | 水分は検査前まで摂取可能です。水またはお茶を摂取するようにしてください。朝食は絶食となります。 | 検査2時間後より水分摂取が可能となります。医師の許可があれば、昼食より食事を摂ることができます。その後の食事制限はありません。 | |
| 行動 | 制限はありません。病棟を離れる際は、ナースステーションへお声かけください。 | 検査前の準備を行いますので、お部屋でお過ごしください。 | 帰宅後は、ベッド上でお休みください。トイレの時のみ歩行が可能です。トイレへ行く際は、必ず看護師を呼んでください。 | 安静の制限はありません。医師の許可があれば、シャワー浴も可能となります。 |
| 説明 | ○看護師より入院生活について、説明を行います。 ○検査時に使用する、バスタオル1枚をご準備ください。 | ご家族の方へ 治療中は、7階ロビーまたは病室でお待ち下さい。待機場所を離れる際は、必ず看護師へお声かけください。また、いつでも連絡が取れるようにお願いします。治療後は、帰宅後の処置等が終了しましたら、面会することができます。 | | ○医師の許可があれば、退院になります。 ○次回外来の受診日について説明があります。 |

意識の状態を観察する際は、下記の内容を質問させていただきます。

- お名前を教えてください。
- ここはどこかわかりますか。
- お年はおいくつですか。
- 今日は、何月、何日ですか。

意識障害の確認のため、何度も質問します。ご協力よろしくお願いします。



手足の動きを確認する際は、「手を握ってください」「バンザイしてください」などの指示に従って動かしてください。

眼の動きを観察する際は、黒目の大きさや光に対する反応を調べるため、ペンライトを当てますので、少し眩しくなります。



緊急!

太い針を腕から刺して検査してきているため、検査後は大変出血しやすい状態になっています。圧迫して止血処置を行っているため、医師の指示があるまで、腕を曲げることはしないようにお願いします。また、検査後の医師による処置が済みましたら、腕を曲げることができるようになります。自由に歩行も可能となります。

検査後、次のような症状がある際はお知らせ下さい。

- 腕の痛みやしびれ、
- 針を刺したところからの出血、腫れ
- 頭痛
- 冷汗
- 言葉が出づらい
- 手足に力が入りにくい

退院に際して、何か気になることや不安なことがありましたら、医師や看護師へご相談ください。

退院後、何か気になる症状がある際は、下記へご連絡ください。

- 平日：脳疾患センター外来
Tel.024-547-1218
- 休日・夜間：きぼう棟7階東病棟
Tel.024-547-1617



注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。
注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。
注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちに出来ない場合、食事の欄に記載しても良い。

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

上記内容について説明を受け同意いたしました。

署名： _____ 続柄： _____