




# 心臓カテーテル検査の治療を受けられる患者さん（3日間）

# （入院診療計画書）

患者ID: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 病棟: \_\_\_\_\_ 病室: \_\_\_\_\_  
 患者氏名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

経過	入院日 ( / / )	入院2日目 ( / / )		退院日 ( / / )
	検査前日	検査当日/検査前	検査後	
患者目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査の必要性を理解できる</li> <li>検査オリエンテーションを理解し、不安なく検査を迎えられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査前の指示を守ることができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全身状態が安定している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>不安なく退院を迎えられる</li> </ul>
治療・処置	外来にて ・血液検査・レントゲン・心電図検査、麻酔科の診察  病棟にて ・のど・鼻の培養、尿検査、超音波検査 ・身長・体重の測定、血圧・酸素飽和度の測定 ・足の甲に検査のための○印をつけます ・検査前日16時頃までに点滴をします ・飲んでお薬の確認をします	( )時頃、お薬を内服、または座薬を挿入します ( )時頃、手術室へ行きます  ・酸素飽和濃度を測るモニターをつけます ・検査前に持続点滴を開始する場合があります ・いつも飲んでお薬は検査後まで中止しますが、場合によっては内服します	<ul style="list-style-type: none"> <li>心電図モニターをつけます</li> <li>酸素飽和度を測るモニターをつけます</li> <li>刺したところの圧迫、足を曲げないように固定をします</li> <li>【3時間後】</li> <li>刺したところの消毒をします</li> <li>消毒時に出血がなければベッド上では自由になりますが、圧迫は翌朝まで続けます。出血があった場合には足の固定がとれない場合があります。</li> <li>点滴をしていますが、食事が食べられたら点滴を中止します</li> <li>お薬の内服を再開します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院前に心電図モニターを外します</li> <li>消毒後に圧迫ははずします</li> <li>必要時退院処方があります</li> </ul> 
活動	病棟内、自由です	ベッド上で過ごしましょう	ベッド上で過ごしましょう	朝から歩行できます。退院後1週間は跳んだり跳ねたりする運動はさけましょう
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> <li>アレルギー等あればお知らせください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>朝の食事はありません</li> <li>お水またはお茶は( )時頃、( )mlが最後です</li> <li>ミルクまたは母乳を飲んでいる方は( )時頃( )mlが最後です</li> </ul>	1時間後と2時間後に決められた量の水分が飲めます 飲水して嘔吐がなければ食事ができます	制限はありません 
清潔	ご自宅での様子をお聞かせください 点滴をする前に入浴します	尿量を測ります 入浴できません	尿量を測ります 入浴できません	測定不要 退院日はシャワーのみ、翌日から入浴できます。
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします。 <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性について評価します(有・無) <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性について評価します(有・無) <input type="checkbox"/> 検査の説明をします <input type="checkbox"/> 検査の時間をお知らせします <input type="checkbox"/> 心臓カテーテル検査、麻酔の同意書をいただきます	<input type="checkbox"/> 検査中、ご家族の方は4階の待合室でお待ちください	<input type="checkbox"/> 検査後の説明があります	<input type="checkbox"/> 退院翌日のみ1日1回傷を消毒しカットバンを貼ってください 次回外来日(      月      日) 

主担当医氏名: \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 主担当医以外の担当者: \_\_\_\_\_

年 月 日 上記の説明を受けました。

患者・家族サイン: \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

メモ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2019/8/19 作成  
 2021/4/20 改訂