

心臓カテーテル検査（5日間）を受けられる患者さん（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:

入院日:

経過	入院 1日目	入院 2日目	入院 3日目
	1900/1/0	1900/1/1	1900/1/2
患者目標	検査の必要性を理解できる	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	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
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 ・飲んでいるお薬の確認をします		
活動	病棟内、自由です	病棟内、自由です	病棟内、自由です
食事	・制限はありません ・アレルギー等あればお知らせください 	制限はありません	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 	入浴できません	入浴できません
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟の説明をします <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		
「栄養管理/褥瘡対策」要判断	<input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 「手術/検査日程」要入力 </div>	実施有無: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 日程:
	<input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性		内容:
メモ:			

2019/4/11 作成
2025/4/10 改訂

