

入院診療計画書(脳血管撮影検査(鼠径・午後用)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 @SYSYDATE

月日	経過	検査前	検査後	検査翌日～退院日
	入院日(検査前日) 			退院日
経過	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。	13時から血管撮影室で検査となります。	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。
目標				
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。		
処置	○両足の付け根の毛をそります。その後入浴していただきます。 ○足の甲に印をつけます。 ○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。 □髪が長い方はゴムを束ねます。 □必要に応じ尿道カテーテルを挿入します。	検査終了4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。止血を確認したら尿道カテーテルを抜きます。	医師が針を刺した部位の出血や腫れがないかの観察を行います。
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。		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。足の付け根の出血の有無を確認します。 ※痛みや出血の自覚症状がありましたらすぐお知らせください。	
注射		朝から点滴を開始します。詳しい時間は当日看護師より説明があります。	医師の許可があれば、点滴を終了します。	
内服	○持参薬は全て薬剤師が確認します。 ○いつも通り内服していただけますが、検査のため中止となる薬がある際は、ご説明します。	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。	
食事	制限はありません。いつも通り、お食事を召し上がりください。	水分は検査前まで摂取可能です。水またはお茶のみとしてください。 昼食は食べるできません。	検査2時間後より水分摂取が可能となります。安静中は寝たまま水分をとるようになります。医師の許可があれば、 夕食を摂ることができます。 その後の食事制限はありません。	太い針を足の付け根から刺し検査しているため、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、起き上がりたり立ち上がりたり、足を曲げないようお願いします。また、検査後の医師による処置が済みましたら、自由に歩行も可能となりますが、当日はトイレの際の歩行程度としてください。
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。	寝台車で部屋へ戻ります。帰室後医師の処置終了後までは、 ベッド上安静となります。 ご用の際は、 動く前に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、検査について、説明を行います。 ○検査時に使用する、テープ付きオムツ1枚、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、帰室後の処置等が終了次第、面会可能となります。貴重品はご家族で管理をお願いします。		○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。

1. お名前を教えてください。
2. ここはどこかわかりますか。
3. お年はおいくつですか。
4. 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ひします。

検査後、次のような症状がある際はお知らせ下さい。

- 足の痛みやしびれ、
- 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

太い針を足の付け根から刺し検査しているため、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、起き上がりたり立ち上がりたり、足を曲げないようお願いします。また、検査後の医師による処置が済みましたら、自由に歩行も可能となりますが、当日はトイレの際の歩行程度としてください。

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。

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つれて変わります。
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: _____