

入院診療計画書（カテーテルアブレーションを受けられる方へ 火曜入院土曜退院用）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

氏名 @PATIENTNAME

様 症状

@PATIENTWARD 病棟

@PATIENTROOM 号室

担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

| 月日 | 月 日（火） | 月 日（水） | 月 日（木） | 月 日（金） | 月 日（土） | |
|----|--|--|---|---|---|-----------------------------|
| 経過 | 入院日 | カテーテル治療当日 | | | 退院日 | |
| 目標 | 治療の内容、合併症について理解できる | 治療による合併症を起こさない。 | | | 退院後の日常生活について理解できる | |
| 検査 | | 治療前 | 治療後 | 血液検査・胸部レントゲン検査・心電図検査を行います。 | 上部内視鏡検査をします。 ※術後の状況により検査日程の変更が生じる可能性があります。 | |
| | | カテーテルアブレーションを行います。 | | | | |
| 処置 | 心電図モニターをつけます。退院まで継続です。 | 穿刺部位の毛を剃ります。その後シャワーに入ります。 | 尿管を入れます。 | 治療後に、穿刺部位の消毒を行います。 | 午前中に穿刺部位の消毒を行います。 | |
| | 毎日14時に検温を行います。 | | 治療前に体温・脈拍・血圧を測ります。 | 体温・脈拍・血圧測定、穿刺部位の観察等を行います。 | 毎日14時に検温を行います。 → | 退院 |
| 注射 | | 治療前に点滴を開始します。 | 点滴をしたまま病室に戻ります。 | | | |
| 内服 | 薬剤師が服用中の薬をすべて確認します。★中止薬がある場合は説明します。 | 就寝前に眠剤を服用します。（希望があれば） | 中止していない薬は絶食でも少量の水で服用してください。 | 治療後に、中止していた薬の服用を再開、または変更します。胃薬の内服を開始します。（4週間内服予定） | | 退院後の薬が です。 |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 | | 治療が午前中の場合は、朝絶食です。治療が午後の場合は、昼から絶食です。 | 治療終了後30分で水分をとることができ、2時間後から食事をすることができます。 | | |
| 行動 | 制限はありません。入浴・洗髪ができます。 | | 治療前にトイレをすませてください。入れ歯、時計、アクセサリ、眼鏡等はずし、心臓カテーテル検査室に行きます。 | 注意点! | 消毒後は治療前と同様の行動をしてかまいませんが、シャワー・入浴はできません。 | |
| 説明 | 医師より治療について説明があります。（治療同意書の提出をお願いします）看護師より入院生活について説明があります。 | 看護師より検査前後の注意点や必要物品等について説明があります。 ★必要物品★ バスタオル 1枚 T字帯かオムツ1枚 曲がるストローか吸いのみ | ご家族の方は、病室かロビーでお待ちください。 | 医師より治療結果について説明があります。看護師より治療後の処置や安静等について説明があります。 | 医師より検査結果と、今後の治療計画について説明があります。 | 看護師より退院後の生活について説明があります。 |

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。

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No. 226-3) 承認月日 (平成29年3月2日)

特別な栄養管理の必要性

有 ・ 無

上記について説明を受け同意いたしました。 署名：

続柄：