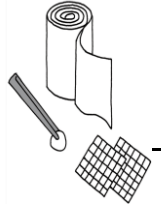



入院診療計画書—下肢閉塞性動脈硬化症カテーテル治療を受けられる患者様へ

患者氏名		様		病名				
				症状				
				病棟		特別な栄養管理の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	治療前日	治療当日		治療後1日目～3日目(退院)				
		治療前	治療後					
目標	<input type="checkbox"/> 治療の必要性・流れが分かる <input type="checkbox"/> 心身ともに平静に治療を受けられる		<input type="checkbox"/> 出血・血腫などの合併症がおこらない <input type="checkbox"/> 安静保持に対する苦痛が最小限に抑えられる		<input type="checkbox"/> 退院後の生活の注意点が理解できる			
検査	<input type="checkbox"/> 検査がある場合はお知らせします				<input type="checkbox"/> 血液検査と四肢動脈測定検査があります			
処置	<input type="checkbox"/> 足の付け根の剃毛をします <input type="checkbox"/> 歯科受診があります	<input type="checkbox"/> 出棟前に手術衣に着替えます (T字帯を着用します) <input type="checkbox"/> 入れ歯・貴重品・メガネは外して下さい 補聴器はつけたままで構いません			<input type="checkbox"/> 足の付け根のガーゼとテープをはがし、穿刺部の消毒をします			
薬	<input type="checkbox"/> いつも飲んでいる内服薬は通常通り服用して下さい(追加・中止になる場合はお知らせします)						<input type="checkbox"/> 退院日に服薬指導があります(薬剤師)	
点滴		<input type="checkbox"/> 午前10時から11時の間に点滴を始めます	<input type="checkbox"/> 点滴があります		<input type="checkbox"/> 朝の血液検査の結果で点滴の終了が決まります			
食事	<input type="checkbox"/> 水・お茶は特に制限ありません 制限がある場合はお知らせします		<input type="checkbox"/> 朝食は半量でお出しします		<input type="checkbox"/> 通常の治療食です <input type="checkbox"/> 管理栄養師より栄養指導があります			
	<input type="checkbox"/> 通常の食事が出ます							
安静度	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません 制限がある場合はお知らせします		<input type="checkbox"/> 4～8時間は穿刺した足は絶対安静です (起き上がることはできません) 以降は穿刺部に問題がなければ足を動かし、 起き上がることが可能です 翌朝まではベッド上安静です		<input type="checkbox"/> 穿刺部位の消毒後、問題がなければ制限は解除になります			
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> シャワーに入って頂きます 制限がある場合は身体を拭きます				<input type="checkbox"/> 身体を拭きます		
	看護	<input type="checkbox"/> 検温を適宜行います <input type="checkbox"/> 何か異常症状を感じた時は我慢せずにナースコールでお知らせ下さい	<input type="checkbox"/> 足からの検査の場合、尿の管を入れます	<input type="checkbox"/> 痛みが強い場合は鎮痛薬をお渡しします		<input type="checkbox"/> 尿の管を抜きます		
説明・指導	<input type="checkbox"/> 入院診療計画書の説明があります 		<input type="checkbox"/> ご家族様はカテーテル治療の開始前に来院して頂き、終了するまで9階病棟の談話室でお待ち下さい		<input type="checkbox"/> 治療後に医師からの説明があります ご家族様が結果説明前に院外へ出られる場合はその旨を看護師にお伝えください		<input type="checkbox"/> 退院後も穿刺部の観察をして下さい <input type="checkbox"/> 出血や腫れが引かない時は早めに受診して下さい <input type="checkbox"/> 歯科医師より継続処置が必要と説明を受けた方のみ退院後の歯科受診の予約をお取りください	

*状況により予定が変更になることがあります

担当医 _____ 印

担当看護師 _____

上記内容について説明を受けました

(同意年月日 年 月 日) 本人・代理人 署名

(続柄 _____)