

# 入院診療計画書ーペースメーカー植込術を受けられる患者様へー

|       |   |  |   |                                    |  |  |   |   |  |
|-------|---|--|---|------------------------------------|--|--|---|---|--|
| 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                      |  |
|       | 手術前日  | 手術当日   |   | 手術後1日目                             | 手術後2～3日目   | 手術後4日目   | 手術後5～6日目  | 手術後7日目～10日目<br>(退院)                             |  |
|       |   | 手術前  | 手術後   |                                    |  |  |   |   |  |
| 目標    | <input type="checkbox"/> 治療内容の説明を受け同意している<br><input type="checkbox"/> 術前の準備ができる   |  | <input type="checkbox"/> 創部と患肢上肢の安静が保持できる<br><input type="checkbox"/> 疼痛コントロールができる<br><input type="checkbox"/> 合併症(出血・血腫)が出現しない<br><input type="checkbox"/> ペースメーカー不全が出現しない |                                    | <input type="checkbox"/> 創部と患肢上肢の安静が保持できる<br><input type="checkbox"/> ペースメーカー不全が出現しない<br><input type="checkbox"/> 自己検脈ができる |  | <input type="checkbox"/> 創部の感染と離解がない<br><input type="checkbox"/> 退院後の注意点を理解している   |   |  |
| 検査    | <input type="checkbox"/> 検査がある場合はお知らせします  |  | <input type="checkbox"/> 胸部のレントゲンと心電図があります  |                                    | <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン・心電図・採血などが適宜あります   |  |   |   |  |
| 処置    | <input type="checkbox"/> 心電図をつけます<br><input type="checkbox"/> バストバンドのサイズを合わせます<br><input type="checkbox"/> 必要時剃毛します   | <input type="checkbox"/> 手術衣に着替え義歯・メガネ・貴金属は外して下さい<br>補聴器はつけたままかまいません | <input type="checkbox"/> 心電図は医師の指示があるまで装着します<br><input type="checkbox"/> 植込み側の上肢と胸にバストバンドを巻き安静を保ちます   |                                    | <input type="checkbox"/> 創部の消毒があります(傷の状態により1～2日に1回の消毒となります)<br><input type="checkbox"/> バストバンドは終日着用したままとなります               |  | <input type="checkbox"/> 看護師がバストバンドを外します<br><input type="checkbox"/> 上肢は徐々に動かします<br>5日目:45度まで<br>6日目:90度まで(初回は看護師と行います) |   | <input type="checkbox"/> 創部の状態を確認します<br><input type="checkbox"/> 上腕は180度まで動かせませんが激しい動作はできません<br><input type="checkbox"/> ペースメーカーのチェックがあります |
| 薬     | <input type="checkbox"/> いつも飲んで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)   |  |   |                                    |  |  |   |   |  |
| 点滴    | <input type="checkbox"/> 点滴があります  |  | <input type="checkbox"/> 抗生物質の点滴があります   |                                    | <input type="checkbox"/> 抗生物質の点滴が1日2回あります  |  | <input type="checkbox"/> 採血結果や傷の状態で点滴の終了が決まります  |   |  |
| 食事    | <input type="checkbox"/> 通常の食事です  |  | <input type="checkbox"/> 朝食は半量でお出します  |                                    | <input type="checkbox"/> 昼食をお出します  |  | <input type="checkbox"/> 通常の治療食です(食べにくい場合はお知らせください)   |   |  |
| 安静度   | <input type="checkbox"/> 安静の制限がある場合はお知らせします   |  | <input type="checkbox"/> トイレ歩行時以外は安静にして下さい  |                                    | <input type="checkbox"/> 病棟内の歩行ができます(制限がある場合は個別にお知らせします)   |  |   |   | <input type="checkbox"/> ペースメーカーチェック後に院内で行動できます  |
| ケア    | 清潔  | <input type="checkbox"/> シャワー浴か身体拭きをします                              |   | <input type="checkbox"/> 身体拭きがあります |  | <input type="checkbox"/> 上半身は身体を拭きます<br>下半身はシャワー浴ができます |   | <input type="checkbox"/> 傷の状態がよければ全身のシャワー浴ができます |  |
|       | 看護  | <input type="checkbox"/> 検温を適宜行います                                   | <input type="checkbox"/> 必要時尿の管を入れます  |                                    | <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   |   | <input type="checkbox"/> ペースメーカー手帳を退院時にお渡しします  |
| 説明・指導 | <input type="checkbox"/> 入院診療計画書・同意書・手術・更生医療についての説明があります<br><input type="checkbox"/> ペースメーカーについてのパンフレットを渡します<br><input type="checkbox"/> ご家族の方は手術の30分前には来院して下さい |  | <input type="checkbox"/> 手術後に医師より説明があります<br><input type="checkbox"/> 動悸・胸痛・痛み・出血・腫れ・熱感・しゃっくりが止まらないなど何かあればお知らせ下さい<br><input type="checkbox"/> 手術翌日に自己検脈の方法を説明します             |                                    | <input type="checkbox"/> 術後3日目よりパンフレットを使用して説明をします(定期受診の必要性<br>電化製品の取り扱い<br>生活について・栄養指導・服薬指導)                               |  |                                    |   |  |

\*状況により予定が変更になることがあります

印

上記内容について説明を受けました

(同意年月日 年 月 日)

尼崎中央病院

(続柄)

)