

入院診療計画書—ジェネレーター(ペースメーカー)交換術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
	手術前日	手術当日		手術後1日目	手術後2～6日目	手術後7日目～10日目 (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 <input type="checkbox"/> 術前の準備が出来る		<input type="checkbox"/> 創部合併症(出血・血腫)がない <input type="checkbox"/> 疼痛のコントロールができる <input type="checkbox"/> ペースメーカー不全が出現しない		<input type="checkbox"/> 創部の感染と離解がない		
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"/> 胸部のレントゲン・心電図・血液検査などが適宜あります		
処置	<input type="checkbox"/> 心電図をつけます <input type="checkbox"/> 必要時剃毛します	<input type="checkbox"/> 手術衣に着替えて義歯・メガネ・貴重品は外して下さい 補聴器はつけたままでかまいません	<input type="checkbox"/> 心電図は医師の指示があるまでつけます		<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回消毒します)		<input type="checkbox"/> 創部の状態を確認します <input type="checkbox"/> ペースメーカーのチェックがあります
薬	<input type="checkbox"/> いつも飲んでいる内服薬は通常通り服用して下さい(追加や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"/> 血液検査の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します	<input type="checkbox"/> 昼食をお出しします		<input type="checkbox"/> 通常の食事です	
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"/> 病棟内を歩行できます(制限がかかる場合はお知らせします)		<input type="checkbox"/> ペースメーカーチェック後院内で行動できます
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴か身体を拭きます				<input type="checkbox"/> 身体を拭きます	<input type="checkbox"/> 上半身は身体を拭きます 下半身はシャワー浴が出来ます
	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
説明・指導	<input type="checkbox"/> 入院診療計画書・同意書・手術についての説明があります <input type="checkbox"/> ご家族様は手術の30分前には来院して下さい		<input type="checkbox"/> 手術後医師より説明があります <input type="checkbox"/> 動悸・胸苦・出血・痛み・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				<input type="checkbox"/> 退院時にペースメーカー手帳をお渡します

*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 _____)