

# 入院診療計画書ー心筋焼灼術(カテーテルアブレーション)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～3日目(退院)		
		手術前	手術後			
目標	<input type="checkbox"/> 手術内容を理解し、必要性・流れが分かる <input type="checkbox"/> 心身ともに平静に手術に臨むことが出来る		<input type="checkbox"/> 出血などの合併症がおこらない <input type="checkbox"/> 不整脈がおこらない <input type="checkbox"/> 退院後の生活について不安な内容を医師や看護師に伝え解決できる			
検査	<input type="checkbox"/> 検査がある場合はお知らせします		<input type="checkbox"/> 心電図があります	<input type="checkbox"/> 血液検査と心電図があります		
処置	<input type="checkbox"/> 心電図をつけます <input type="checkbox"/> 足の付け根の剃毛をします	<input type="checkbox"/> 検査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"/> 心電図は医師の指示があるまでつけたままとなります <input type="checkbox"/> 穿刺した側の足や腕は指示があるまで曲げないで下さい	<input type="checkbox"/> ガーゼとテープをはがします 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"/> 朝の血液検査と心電図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"/> 手術後食事をお出しします		<input type="checkbox"/> 通常の食事です	
	<input type="checkbox"/> 朝食は半量、昼食は手術後になります					
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"/> 帰室後6時間は、穿刺した方の足は絶対安静です 6時間後穿刺部に問題がなければ、足を動かすことが可能になりますが、翌朝まではベッド上安静です (安静時間は変動することがあります) 安静制限の詳細は、その都度看護師が説明します		<input type="checkbox"/> 穿刺部と心電図に問題がなければ安静の制限は解除となります	
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> シャワーに入ります 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 手術翌々日よりシャワー浴が可能です		
	看護	<input type="checkbox"/> 検温を適宜行います <input type="checkbox"/> 胸に違和感や動悸などの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"/> 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・心臓焼灼術についての説明があります <input type="checkbox"/> パンフレットをお渡しし、説明をします		<input type="checkbox"/> ご家族様は手術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"/> 手術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		

\*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) \_\_\_\_\_ )