

# 入院診療計画書－急性心筋梗塞(緊急カテーテル治療後)の患者様へ－

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
	緊急カテーテル治療当日～治療後1日目		緊急カテーテル治療後2日目～5日目		緊急カテーテル治療後6日目～退院まで	
	緊急カテーテル治療当日	カテーテル検査後1日目				
目標	<input type="checkbox"/> 指示された安静度を守る <input type="checkbox"/> 再梗塞をおこさない <input type="checkbox"/> 致死的不整脈が出現しない <input type="checkbox"/> 出血・血腫などの合併症がおこらない		<input type="checkbox"/> 指示された安静度を守る <input type="checkbox"/> 血圧記入表の記載ができる <input type="checkbox"/> 再梗塞をおこさない <input type="checkbox"/> 致死的不整脈が出現しない		<input type="checkbox"/> 指示された安静度を守る <input type="checkbox"/> 血圧記入表の記載ができる <input type="checkbox"/> 致死的不整脈が出現しない <input type="checkbox"/> 胸痛発作がない	
検査	<input type="checkbox"/> 心電図があります <input type="checkbox"/> 血液検査があります	<input type="checkbox"/> 心電図があります <input type="checkbox"/> 血液検査があります	<input type="checkbox"/> 検査がある場合はお知らせします			
処置	<input type="checkbox"/> 酸素を流します(最低24時間は必要です) <input type="checkbox"/> 心電図モニターを装着します  手から検査した場合 <input type="checkbox"/> 止血するためのバンドを装着します 力を入れたり、手をついたりせずに、 バンドが外れるまで安静にしてください 足から検査した場合 <input type="checkbox"/> 検査した側の足は指示があるまで 曲げないで下さい	<input type="checkbox"/> 酸素は入院から24時間以降は医師の指示により継続か中止か決まります <input type="checkbox"/> 心電図モニターは医師の指示があるまでつけたままとなります <input type="checkbox"/> 安静度が立位可能になれば、毎日体重測定を行います  <input type="checkbox"/> 手から検査した場合は、検査翌日に止血バンドを外します 足から検査した場合は、検査翌日にガーゼとテープを外します 穿刺部を消毒して絆創膏を貼ります				
薬	<input type="checkbox"/> 血液をさらさらにする薬を飲みます 普段飲まれている薬がある方は、内服継続か中止かどうか医師の指示があります					
点滴	<input type="checkbox"/> 持続点滴を行います	<input type="checkbox"/> 持続点滴を行います	<input type="checkbox"/> 点滴があります (状態によってはしばらく点滴が続きます)			
食事	<input type="checkbox"/> 水分制限があります お茶・水以外を希望の方は医師の許可が必要です <input type="checkbox"/> 食事は病院食のみで、その他は医師の許可が必要です					
安静度	<input type="checkbox"/> 心臓リハビリテーションに準じます(別紙参照)					
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> 身体を拭きます(リハビリ状況に応じてシャワー浴が可能になります)				
	看護	<input type="checkbox"/> 検温を適宜行います <input type="checkbox"/> 胸に違和感や痛み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"/> 痛みが強い場合は鎮痛薬をお渡します <input type="checkbox"/> 足から検査した場合は、尿の管を入れます。翌日以降に尿の管を抜きます				
説明・指導	<input type="checkbox"/> 入院診療計画書についての説明があります <input type="checkbox"/> 医師から結果の説明があります		<input type="checkbox"/> 疾患について指導があります		<input type="checkbox"/> パンフレットを用いた生活指導があります <input type="checkbox"/> 薬剤指導、栄養指導があります	

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