

入院診療計画書—頸動脈ステント留置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

		入院1日目～手術前	手術当日	手術後1～3日目	手術後4日目～8日目(退院)
目標		<input type="checkbox"/> 入院生活に関する不安を取り除くことができる <input type="checkbox"/> 治療の必要性・流れが理解できる	<input type="checkbox"/> 安静の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 穿刺部位の異常がない <input type="checkbox"/> 症状の悪化をきたさない	<input type="checkbox"/> 安静解除後の注意点を理解できる	<input type="checkbox"/> 退院後の生活の留意点が理解できる
検査				<input type="checkbox"/> 手術翌日に頭部MRIの検査があります	<input type="checkbox"/> 手術後4日目に頸動脈エコーの検査があります
処置		<input type="checkbox"/> 歯科受診があります <input type="checkbox"/> 両鼠径部の剃毛をします 	<input type="checkbox"/> 手術があります 		
薬		<input type="checkbox"/> 内服されているお薬を持参してください	<input type="checkbox"/> 朝7時までにお薬を飲みます(必要な方のみ) <input type="checkbox"/> 手術後夕からお薬が飲めます(必要な方のみ)		
点滴		<input type="checkbox"/> 入院日から点滴をします	<input type="checkbox"/> 持続点滴があります		
食事		<input type="checkbox"/> 手術前日の21時から食事はできません <input type="checkbox"/> 手術前日の21時以降、水分は補水液を飲んでください	<input type="checkbox"/> 食事はできません <input type="checkbox"/> 朝7時まで補水液を飲んでください <input type="checkbox"/> 手術後夕から水分は飲んでいただけます	<input type="checkbox"/> 昼食から食事が始まります 	
安静度		<input type="checkbox"/> 安静の制限はありません	<input type="checkbox"/> 手術後はベッド上安静です 	<input type="checkbox"/> 検査後問題がなければ安静の制限はありません <input type="checkbox"/> 鼠径部を90度以上曲げる動作は禁止です	<input type="checkbox"/> 病院内では安静の制限はありません <input type="checkbox"/> 鼠径部を90度以上曲げる動作は禁止です
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> 手術前日にシャワー浴をしていただきます		<input type="checkbox"/> 看護師がお身体を拭きます <input type="checkbox"/> 手術後2日目からシャワー浴ができます	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます 
	看護	<input type="checkbox"/> 検温をします	<input type="checkbox"/> 検温をします <input type="checkbox"/> 手術中に尿の管が入ります	<input type="checkbox"/> 検温をします <input type="checkbox"/> 尿の管を抜きます	<input type="checkbox"/> 検温をします
説明・指導		<input type="checkbox"/> 主治医より手術について説明があります <input type="checkbox"/> 麻酔科医より麻酔について説明があります <input type="checkbox"/> 病棟看護師より手術の流れについて説明があります	<input type="checkbox"/> 手術後の安静について説明があります		<input type="checkbox"/> 医師の指示があれば退院できます <input type="checkbox"/> 退院後の注意点を説明します <input type="checkbox"/> 退院後の外来予定日を決めます

*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 _____)