

経皮的カテーテル心筋焼灼術を受けられる方へ(前日入院)

入院診療計画書

作成日:

ID	患者様名	病名	特別な栄養管理の必要性	● 無 ○ 有 (栄養管理計画書参照)		★退院指導★	
看護師	薬剤師	栄養士	症状	□ 特になし □ 動悸 胸痛 気分不良			外来診察担当医 () 外来受診日 年 月 日 時 分 検査内容 予定日 () 年 月 日 時 分 退院時の お薬 有・無
理学療法士			手術日	時予定	総合的な機能評価		
日付					~		
経過	入院日(治療前日) (経食道エコーがある場合)	入院日(治療前日) (経食道エコーがない場合)	第1病日 治療前	治療後	第2病日~退院日 退院予定日(医師の判断により延期の場合あり)		
目標	不安なく治療を受けることができる			穿刺部の異常が無く過ごせる・退院後の日常生活が理解できる			
点滴	入院後、点滴があります 検査終了1時間後に飲水テストを行い、問題なければ点滴の針だけ残し、点滴は終了になります	事前に医師の指示で点滴をする場合があります	点滴を開始します 	治療後点滴は終了です (医師の指示で継続となる場合もあります)	点滴終了		
内服	※中止薬がある場合は、入院決定時に説明します 説明がなければいつも通り内服してください 持参薬は病棟看護師または薬剤師までお渡しください ※昼絶食(時から絶食)の場合は 血糖降下薬以外は内服してください	※中止薬以外は内服してください	延食時の経口血糖降下薬・インスリン注射 については看護師より説明します	医師の指示により新しいお薬が開始となる 場合があります 中止していたお薬があれば、再開指示があります	退院時に処方があれば 看護師もしくは薬剤師より お渡しします 		
検査	入院後、処置室に移動し 経食道エコーを行います	検査はありません 	鎮静剤を使用した場合、処置室で覚醒まで観察します 病室に戻ってすぐに心電図検査を行います 糖尿病がある場合血糖測定を行います	採血、胸部レントゲン、 心電図検査があります			
処置	入院後、両足の付け根・おしもの毛を剃ります(感染予防のため) 腕と足の脈が触れる部位に印をつけます 入院後に検温があります	治療前に検査着に着替えます	30分、1時間~6時間後まで1時間毎に検温や 穿刺部位、自覚症状などの観察を行います 治療4時間後にカテーテル穿刺部の 固定のテープを外します	治療翌日の午後に医師がカテーテル 穿刺部の抜糸を行います 退院前に穿刺部位の観察をします 検温をします			
活動	制限はありません 病状によっては 制限させていただく場合があります	治療室まで車いすで行きます 	帰宅後の安静度は2時間までは絶対安静 4時間まではベッド上安静です 治療4時間後に足の固定テープを外した後は 歩行が可能です	病院内の活動は自由です 病状によっては 制限させていただく場合があります			
食事	昼食は食べずに来院してください 検査後は喉の局所麻酔を 使用するため検査後1時間程度は 飲食ができません	制限はありません	午前治療予定→朝食延食 午後治療予定→昼食延食 水分の制限はありません	治療後3時間が経過し、 麻酔から覚めていれば飲水できます 治療後4時間はベッド上安静です 食事の時間は後ほど看護師から説明します	制限はありません		
清潔	入院前に自宅でシャワー・入浴を済ませておいてください 	ありません	ありません	帰宅後はシャワーのみ可能です 入浴は退院翌日から可能です ※穿刺部位のテープはシャワー時に 外してください			
排泄	制限はありません 	治療前に尿の管を挿入します	治療4時間後足の固定テープを外すまでは ベッド上での排泄です 足の固定テープを外した後は 尿の管を抜去します	治療後翌朝までは尿量を観察します			
指導	不安なことがあればいつでも看護師に声をかけてください 指輪・時計・入れ歯・コンタクト・ヘアピン・湿布類は外してください 化粧・マニキュアは落としてください	治療後に胸の痛みや穿刺部位の 痛み・出血・腫れがでてくる場合はナースコールで 看護師にお知らせください	特に問題がなければ当日医師の診 察や説明はありません				
説明	同意書にサインを記入の上持参ください 当日付き添いがいない場合 必ず看護師か医師にお知らせください 翌日の治療の順番は翌日に決定します	※治療室に出演後は付き添いの方は、 必ず1階の救急外来の待合いにて 待機しておいてください	結果については、治療終了時に医師より 説明があります	退院後の日常生活について 看護師より説明があります 			

※上記内容は現時点で考えられるものであり、今後変わり得る場合があります。

りんくう総合医療センター 7山病棟

作成: 2018.03
改訂: 2024.06

説明日: 20 年 月 日 主治医(説明医):

Ⓜ (署名もしくは捺印)

完成後はコピーを1部取り、病棟用ファイルに入れ、原本を患者様にお渡し下さい。

本人/家族等:

続柄: