

カテーテルアブレーション心筋焼灼術 前日入院 入院治療計画書

患者ID

患者氏名

様

主治医:

担当看護師:

検査予定日 月 日 時 分

※前の検査の方や緊急検査が行われる場合は予定時間が前後することがありますので御了承下さい

		入院2日目		入院3日(退院)
		術当日(治療前)	術当日(治療後)	
日付	/ /	/ /	/ /	/ /
お薬	点滴	<input type="checkbox"/> 時 分頃に 左上肢に点滴を行います。 	<input type="checkbox"/> 治療後: 点滴は夜間まで続きます。	
	内服	<input type="checkbox"/> 持参頂いたお薬を一時お預かりします。 <input type="checkbox"/> 持参頂いたお薬を継続して内服して頂きます <input type="checkbox"/> 持参頂いたお薬が一部中止となります ()	<input type="checkbox"/> 通常どおり内服してください。 <input type="checkbox"/> お昼のみ()が中止 	<input type="checkbox"/> 中止の薬がある場合、医師の指示で お薬が再開します。 <input type="checkbox"/> 新しくお薬が開始になります。
検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 <input type="checkbox"/> 心臓超音波 <input type="checkbox"/> 各食前血糖検査	<input type="checkbox"/> 医師の指示がある場合、血糖測定を 行います。	<input type="checkbox"/> 医師の指示がある場合、血糖測定を 行います。	<input type="checkbox"/> 心電図の検査があります
食事	お食事は <input type="checkbox"/> 循環器食 Kcal 塩分 g <input type="checkbox"/> 食 Kcal	<input type="checkbox"/> 朝食は(1/2量・全量)食べられます <input type="checkbox"/> 昼食は食べられませんが、 検査終了1時間後から食べられます	<input type="checkbox"/> 夕食は食べられます(おにぎり食)	<input type="checkbox"/> 普通食になります。
処置	<input type="checkbox"/> 検査後の観察のために印をつける場合があります。 <input type="checkbox"/> 必要により除毛致します。	<input type="checkbox"/> 時 分頃に 尿の管を入れます <input type="checkbox"/> 時 分頃検査室へご案内します 	<input type="checkbox"/> 心電図モニターは退院まで継続です。 <input type="checkbox"/> 右胸部テープ2時間後除去します() <input type="checkbox"/> ソケイ部圧迫帯緩和(時 分頃) 	<input type="checkbox"/> 右ソケイ部圧迫帯除去(8時頃) <input type="checkbox"/> 尿の管を 時頃抜きます。 
安静・活動	入院後の活動範囲は <input type="checkbox"/> 病院内自由です <input type="checkbox"/> 病棟内自由です <input type="checkbox"/> 入浴可能です 男性: 月・水・金 午前9時~11時30分 火・木・土 13時~16時 女性: 火・木・土 午前9時~11時30分 月・水・金 13時~16時		<input type="checkbox"/> 安静解除(時 分頃) <input type="checkbox"/> ベッド上絶対安静は 帰室後6時間です	
説明・指導	<input type="checkbox"/> 薬剤師による説明があります。 <input type="checkbox"/> 栄養士による指導があります。	<input type="checkbox"/> ご家族の方は治療予定30分前 にご来院下さい。	<input type="checkbox"/> 医師により結果説明があります ※当日の検査の方が全て 終了してからの説明になります。 	<input type="checkbox"/> 次回診察の説明を行います。 
その他	<input type="checkbox"/> 検査承諾書の確認を行います			
サイン	日 夜	日 夜	日 夜	日

★ 病状に応じてこのスケジュールは変更になる場合があります
ご不明な点がございましたら、看護師にお尋ねください