

入院診療計画書 心臓カテーテル検査を受けられる

様へ

私達は 1. お子様の入院や検査に対する不安をできるだけ少なくし、最良の状態で検査が受けられるようにお手伝いいたします。
 2. 検査の苦痛などを軽減しまた順調に回復して、安心して退院できるようにいたします。
 * 入院に関して、心配なことがありましたらお申し出下さい。
 この表はおよその経過をお知らせしたものです。お子様の状態により予定通りではないことがありますのであらかじめご承知下さい。

年 月 日 患者又は代理者同意サイン

特別な栄養管理の必要性 (あり・なし) ・入院薬剤管理指導業務 (服薬指導等) を依頼 (する・しない) ・病室入り口の氏名表示の同意 (する・しない)

| 主治医 | 印 主治医以外の担当医 | 看護師長 | 担当看護師 | 薬剤師 | 栄養士 |
|--|-------------|--|--|--|-----|
| 病名 | | 症状: | | | |
| 検査前日(入院日) (/) | | 検査当日 (/) | | 検査後1日目~2日目 (/) | |
| 検査・処置 | | 検査前 | 検査後 | | |
| <input type="checkbox"/> 体温・呼吸回数・心拍数・血圧を測かります。 <input type="checkbox"/> 胸のレントゲン写真を撮ります。 <input type="checkbox"/> 心電図検査を行います。 <input type="checkbox"/> 超音波検査を行います。 <input type="checkbox"/> 血液検査を行います。 <input type="checkbox"/> シンチグラムの検査を行います。(/ : ~) | | <input type="checkbox"/> 検査10分前までに実施場所(血管造影室)に移動用ベッドで移動します。 <input type="checkbox"/> 検査はお向けで行います。 <input type="checkbox"/> 胸のレントゲン写真を撮ります。 <input type="checkbox"/> 心電図検査を行います。 <input type="checkbox"/> 超音波検査を行います。 | <input type="checkbox"/> お部屋で体温、血圧、心拍、呼吸状態を30分後・1時間後・2時間後に測ります。 <input type="checkbox"/> 検査で刺した所を動かさないようにします。 | <input type="checkbox"/> 体温、呼吸回数、脈拍、血圧を測かります。 <input type="checkbox"/> 検査で刺した所の消毒をします。 | |
| 点滴・お薬 | | <input type="checkbox"/> お薬を確認します。(抗凝固剤の中止) <input type="checkbox"/> 朝ごはんの後点滴を行います。 <input type="checkbox"/> 検査20分前に眠くなるお薬を点滴から入れます。 | <input type="checkbox"/> 検査後は熱が出ないように抗生剤を使います。 | <input type="checkbox"/> 熱が出ないように抗生剤を使います。 <input type="checkbox"/> 状態がよければ点滴を抜きます <input type="checkbox"/> シンチグラムの検査がある場合は、検査後に点滴を抜きます。 | |
| 行動範囲 | | <input type="checkbox"/> 点滴をしていますので移動の時はナースコールを押して看護師を呼んでください。 | <input type="checkbox"/> 検査後は翌日、検査で刺した所の消毒を行うまでベッド上安静です。 | <input type="checkbox"/> 検査で刺した所の消毒を行うまでは、ベッド上安静となり、それ以降は医師の許可で歩けます。 | |
| 食事 | | <input type="checkbox"/> 食事・飲み物は制限ありません。 <input type="checkbox"/> 10時以降から食事をしたり水を飲んだりできません。 | <input type="checkbox"/> 目が覚めたら、最初に水を飲みます。むせたり吐いたりしなければ、食事をとることができますので、Nsコールを押してください。 | <input type="checkbox"/> 食事は制限ありません。 | |
| トイレ | | <input type="checkbox"/> おしっこ、うんちはトイレでします。 <input type="checkbox"/> 床上排泄の練習 | <input type="checkbox"/> 検査前にもう一度トイレを済ませましょう。 | <input type="checkbox"/> 検査で刺した所の消毒後は、医師の許可でトイレまで歩く事が出来ます。 | |
| お風呂 | | <input type="checkbox"/> お風呂またはシャワーが浴びられます。 <input type="checkbox"/> 点滴前にシャワーやお風呂に入ります。 <input type="checkbox"/> 点滴をしている場合は体拭きを行います。 | <input type="checkbox"/> 医師より検査結果・生活上の注意点の説明があります。 | <input type="checkbox"/> 看護師が身体拭きを行います。 | |
| 説明 | | <input type="checkbox"/> 医師より検査の説明があります。 <input type="checkbox"/> 看護師より入院の説明、検査の説明があります。(検査でT字帯orオムツが必要です。) | <input type="checkbox"/> 家族の方は検査中は病棟デイルームか検査室の前でお待ち下さい。 | <input type="checkbox"/> 動ける範囲が増えますが痛みが強い場合には無理をしないにしてください。 <input type="checkbox"/> 医師より検査結果・生活上の注意点の説明があります。 | |
| 目標 | | <input type="checkbox"/> 検査の内容・流れが分かる。 | <input type="checkbox"/> 予定に沿って検査が受けられる。 <input type="checkbox"/> 苦痛の訴えができ処置により和らぐことができる。 <input type="checkbox"/> 安静を保つ事が出来る。 | <input type="checkbox"/> 検査部の出血がない。出血予防ができる <input type="checkbox"/> 退院後の生活が分かる。 | |