



入院診療計画書 狭心症-PTCA-（上肢用）

患者様氏名

受け持ち医師:

受け持ち看護師:

項目	手術前日	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	手術後1日目	手術後2日目	手術後4日目(退院予定)	
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> 手術の目的を理解することができる 手術後の安静が理解できる 		<ul style="list-style-type: none"> 血圧が安定している 手術部位からの出血がない 狭心症状がない 安静を保持することができる 		<ul style="list-style-type: none"> 血圧が安定している 手術部位からの出血がない 狭心症状がない 		<ul style="list-style-type: none"> 穿刺部の出血、腫脹がない。 薬のコントロールが出来ている
治療・薬剤 (点滴・内服) 処置 リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> 身長・体重・血圧・脈拍・体温を測ります。 内服薬を確認し、薬によっては中止になるものがあります。 入院中は薬剤師とともに薬の管理を行います。 		<ul style="list-style-type: none"> 上のみ下着を全部取り外し、手術着に着替えていただきます。 検査の反対の手より2時間前から点滴をします。 <p style="text-align: center;">手術開始時間 (:)</p>		<ul style="list-style-type: none"> 術後より内服薬がかわったり、新しく開始されることがあります。 朝の回診で傷の消毒をします。 		<ul style="list-style-type: none"> 薬の内容に変更があった場合には薬剤師より説明があります。
検査	<ul style="list-style-type: none"> 指示があれば血液検査などを行います。 		<ul style="list-style-type: none"> 手術中は、血圧計、心電図モニターを体に付けます。 自分から体を動かすと危険なため、何かあれば声をかけて下さい。 		<ul style="list-style-type: none"> 症状に応じて、再度レントゲン撮影・心電図・血液検査などを受けていただくことがあります。 		
活動・安静度	<ul style="list-style-type: none"> 病院内では、特に制限はありません。 		<ul style="list-style-type: none"> 血管造影室へは車椅子で移動します。 		<ul style="list-style-type: none"> 手術終了後よりベッド上で座ってもかまいません。 1時間後、からポータブルトイレが可能です。 3時間後、手の固定をはずします。 		<ul style="list-style-type: none"> 自由に歩くことができます。
食事	<ul style="list-style-type: none"> 常食あるいは治療食です。 管理栄養士が栄養管理を行います。また、必要な時には栄養指導を設定いたします。 		<ul style="list-style-type: none"> 昼は欠食です 飲水は手術の2時間前までできます。 		<ul style="list-style-type: none"> 2日間は水分を十分取るようにして下さい。 		
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 入浴してください。 						<ul style="list-style-type: none"> シャワーは3日目から、入浴は4日目からできます。
排泄							
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> 入院申込書・手術依頼書を看護師にお渡しください。 入院診療計画書について説明を行います。 		<ul style="list-style-type: none"> 手術中は家族の付き添いが必要です。 		<ul style="list-style-type: none"> 手術終了後、手術結果の説明時間をお知らせします。 		<ul style="list-style-type: none"> 再診日の説明があります。 退院後の生活について説明があります
<ul style="list-style-type: none"> アレルギーのある方はおしらせください。 							<ul style="list-style-type: none"> 退院療養計画書の説明があります

上記のスケジュールに沿った入院生活になります。予定変更になる場合がありますので、ご不明な点は遠慮なくお尋ねください。

<必要物品> タオル1枚・経皮的冠動脈血管形成術同意書

クリニカルパスについて、十分な説明を受けるとともに質問する機会を得ましたので、同意します。

令和 年 月 日

署名 _____