

(右・左手首から) 心臓カテーテル検査で入院された患者様へ

患者氏名:

様

日付	検査前日まで	検査当日(入院日):検査前	検査後	翌日(退院日)
経過				
目標	<ul style="list-style-type: none"> 検査の準備ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 検査について理解ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 検査後の安静が保てる 異常があれば看護師に報告することが出来る 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活に不安がない 検査結果が理解できる
内服	<ul style="list-style-type: none"> 中止してほしい薬は □検査2日前から検査2日後までメトグルコ □あります() □ありません 他院からの薬などは継続し、入院時には持参してください 	<ul style="list-style-type: none"> お薬も普段どおり内服してください (中止してほしい薬があればお伝えします) 		<ul style="list-style-type: none"> 中止薬の再開は()日からです 薬の飲み忘れのないよう注意しましょう
注射		<ul style="list-style-type: none"> 検査前から点滴をします 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴終了後、針を抜きます 	
検査	<ul style="list-style-type: none"> 身長と体重を測定します 毎朝、起床時に血圧測定、トイレ後朝食前に体重を測定して記録し、普段から自分の体調を知っておきましょう 	<ul style="list-style-type: none"> 検査前に体温・血圧を測定します 	<ul style="list-style-type: none"> 1時間毎に血圧を測定をします 	<ul style="list-style-type: none"> 朝に体温・血圧を測定します 退院後は、起床時に血圧を測定して記録し、定期受診の時に、持参しましょう
食事	<ul style="list-style-type: none"> 入院中の食事は 一日 gの塩分制限です 普段の食事内容を見直してみましょう 	<ul style="list-style-type: none"> 朝食はご自宅で食べてきてください 昼食は病院食を食べてください 	<ul style="list-style-type: none"> 帰室時より水分をとっていただけます 帰室1時間後より食事ができます 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の塩分の摂りすぎに注意しましょう 禁煙とお酒の飲みすぎには注意しましょう
安静	<ul style="list-style-type: none"> 検査に備え、十分に休息、睡眠をとりましょう 	<ul style="list-style-type: none"> 検査までは安静度に制限はありません 病衣のままシャツは脱いで1階の検査室に歩いて降ります。帰りは車椅子で帰室して頂きます。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査後、手首にバンドをして帰室します 帰室後から病棟内を自由に歩行できます 帰室2時間後、4時間後に手首のバンドを緩めます(※手首のバンドは翌朝主治医が診察するまでは外さないでください) 	<ul style="list-style-type: none"> 自由に動くことができます 入浴の際、浴室と脱衣所の温度差に気をつけましょう 主治医が診察に伺い、バンドを外します バンドを外したあとは、絆創膏をはります 退院は11時頃となります
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 便通を整えておきましょう 	<ul style="list-style-type: none"> 検査前に排尿をすませておいてください 		<ul style="list-style-type: none"> 尿管があれば抜きます
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 前日に入浴やシャワー浴をお勧めします 		<ul style="list-style-type: none"> 入浴・シャワー浴ともにできません 	<ul style="list-style-type: none"> 明日から入浴可能
説明 栄養指導 服薬指導	<ul style="list-style-type: none"> 同意書や入院のご案内(必要な書類)の記載、署名・捺印をお願いします 喫煙歴を教えてください (本/日× 年) ⇒卒煙してみませんか? アレルギーを確認します 	<ul style="list-style-type: none"> 入院時オリエンテーション 同意書をお預かりします 	<ul style="list-style-type: none"> 胸痛時・吐き気・痛み・腰痛・出血・腫れなど異常を感じたらすぐにお知らせください 検査中ご家族の来院をお願いします(連絡が取れる状態にしておいてください) 退院までに、医師より検査結果の説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> 動悸や胸痛など胸に違和感を感じたら、早めに受診しましょう

注1 この予定は現時点で考えられるものであり、今後検査治療等を進めていくに従って変更となる場合があります。

注2 入院期間は現時点で予想される期間です。

市立敦賀病院クリティカルパス委員会 2018/05/18 承認

説明日 年 月 日

説明者署名:

本人・家族署名: