

心臓カテーテル検査入院治療計画書

患者氏名：様

主治医：

検査予定日： 月 日 時 分 治療穿刺予定部位：手首（右・左） 肘関節（右・左） 足の付け根（右・左）

担当看護師名：

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

| 日 付   |    | 入院 1 日 目                                                                                                                                                                                                                   | 入院 2 日 目                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 入院 3 日 目（退院日）                                                                                                                                               |
|-------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |    |                                                                                                                                                                                                                            | 術 当 日（ 検 査 前 ）                                                                                                                                                                                             | 術 当 日（ 検 査 後 ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                             |
|       |    | /                                                                                                                                                                                                                          | /                                                                                                                                                                                                          | /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                                                                                                                                                           |
| お薬    | 点滴 |                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> （ 時 分頃）に（部位： ）に点滴を開始します<br>治療後まで持続となります                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 検査後、2本目の点滴が終了するまで点滴は続きます<br>終了予定時間：（ 月 日 時頃）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                             |
|       | 内服 | <input type="checkbox"/> 持参頂いた薬を一時お預かりします<br><input type="checkbox"/> 持参頂いた薬を継続して内服して下さい<br><input type="checkbox"/> 持参頂いた薬が一部中止となります<br>（薬： ）                                                                             | <input type="checkbox"/> 通常どおり内服してください<br><input type="checkbox"/> お昼のみ（薬 ）が中止になります                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 夕食後からの薬は通常通り内服できます<br><input type="checkbox"/> 中止の薬がある場合、医師へ再開確認を行います<br>>（薬： ）は 月 日より再開予定<br><input type="checkbox"/> 新しい薬が開始になります<br>>（薬： ）1日（ ）回                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 中止の薬がある場合、医師へ再開確認を行います<br>>（薬： ）は（ 月 日）より再開予定<br><input type="checkbox"/> 新しい薬が開始になります<br>>（薬： ）1日（ ）回                             |
| 検 査   |    | <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 心電図<br><input type="checkbox"/> 心臓超音波 <input type="checkbox"/> 心筋シンチ<br><input type="checkbox"/> 各食前・寝る前に血糖検査があります                       | <input type="checkbox"/> 医師の指示がある場合、血糖測定を行います                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                             |
| 食 事   |    | お食事は<br><input type="checkbox"/> 循環器食（ ）Kcal 塩分（ ）g未満<br><input type="checkbox"/> （ ）食（ ）Kcal 塩分（ ）g                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 朝食は食べられますが、 <b>昼食は食べられません</b>                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 検査終了直後より水分のみ摂取できます<br><input type="checkbox"/> 検査後1時間後から食べられます<br><input type="checkbox"/> 夕食は食べられます<br>（安静時間内の場合、看護師が介助します）                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                             |
| 処 置   |    | <input type="checkbox"/> 身長と体重を測定します<br><input type="checkbox"/> 検査後の観察のために動脈に印をつけます<br><input type="checkbox"/> 必要時カテーテル挿入周囲の毛をカットします<br><input type="checkbox"/> 腹囲を測定します                                                | <input type="checkbox"/> 点滴時に検査着に着替えてもらいます<br><input type="checkbox"/> 検査中に動く事は検査の妨げになるため、安静を保つ目的で（ 時 分頃）に尿の管を入れます<br><input type="checkbox"/> （ 時 分頃）に車いすにて検査室へ案内します<br>※緊急処置や複数予定が入っている場合は、時間が前後する事があります | <input type="checkbox"/> <b>造影剤を体の外に出すために水分をたくさん摂って下さい</b><br><input type="checkbox"/> 尿の管は（ 時 分頃）に抜くことができます<br><input type="checkbox"/> 治療後出血予防のため、管を入れた部分が圧迫されています<br>帰室後医師の指示により圧迫を緩めていきます<br>・腕からの場合、<br><input type="checkbox"/> 帰室後1時間おきに出血なければ圧迫を緩めていき、最終的に（ 時頃）に圧迫をはずします<br>・足の付け根からの場合、<br><input type="checkbox"/> 出血なければ圧迫している帯を（ 時 分頃）に緩めます<br><input type="checkbox"/> 圧迫の除去は翌朝（ 時 分頃）になります | <input type="checkbox"/> 検査の際、カテーテルの管を入れた所の消毒を看護師にて行います<br><input type="checkbox"/> 退院前に腹囲測定をします                                                            |
| 安静・活動 |    | 入院後の活動範囲は<br><input type="checkbox"/> 病院内自由です <input type="checkbox"/> 病棟内自由です<br><br><input type="checkbox"/> 必要時リハビリが始まります<br><br><input type="checkbox"/> 手術・検査のため入浴します<br>男性は月・水・金：午前、火・木・土：午後<br>女性は火・木・土：午前、月・水・金：午後 | <input type="checkbox"/> 前日に入浴していなければ、検査前までに入浴します<br><input type="checkbox"/> 体拭きを希望される方は遠慮なく申しつけ下さい                                                                                                       | ・腕からの場合、<br><input type="checkbox"/> 帰室後1時間（ 時 分頃まで）はベッド上で絶対安静 です<br>・足の付け根からの場合、<br><input type="checkbox"/> 帰室後◆時間は（ 時 分頃まで）はベッド上で絶対安静 です<br><input type="checkbox"/> その後ベッド上で起き上がりなどは可能ですが、（ 時 分頃まで）はベットから降りたり活動したりできません                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                             |
| 説明・指導 |    | <input type="checkbox"/> 薬剤師による説明があります<br><input type="checkbox"/> 栄養士による指導があります                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> <b>ご家族の方は検査予定30分前にご来院下さい</b>                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 出血や痛みを感じた場合は我慢せずに看護師へお知らせ下さい<br><input type="checkbox"/> 医師により結果説明があります<br>※当日の検査や緊急処置等が全て終了してからの説明になりますので、説明までに時間を要する事があります                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 次回受診の説明があります。<br><input type="checkbox"/> 栄養指導があります。<br><input type="checkbox"/> 薬剤指導があります。                                        |
| その他   |    | <input type="checkbox"/> 検査承諾書の確認を行います<br><input type="checkbox"/> 必要時心疾患手帳を購入してもらいます                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 退院の書類、預かっている薬や手帳等をお渡しします<br><input type="checkbox"/> 紹介状がある場合、お返事は後日郵送になります<br><input type="checkbox"/> 会計より連絡がありましたら、看護師よりお知らせします |
| サイン   |    |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                             |

★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。  
★看護ケアにおいて看護師の指示にて看護補助者がケア等を行うことがあります。

