

ステントグラフト内挿術

患者ID

患者氏名

様 主治医名

担当看護師名

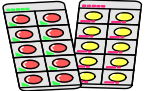
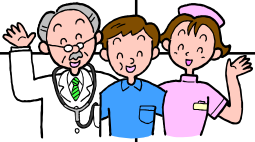
検査予定日

月

日

時

分

|       |     | 入院1日目                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院2 日目                                                                                                                             | 入院3日目                                                                                                                                                                                                                                                                | 入院4 日目<br>術当日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 入院4 ~5日目                                                                                                                                                                                                                                                                       | 入院後 6~8日                                                                                                                                                                             | 入院後7~10日                                                                         | 入院 11 日目<br>退院当日                                                                                      |
|-------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日付    |     | /                                                                                                                                                                                                                                                                                     | /                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                      | /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | /                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                      |                                                                                  | /                                                                                                     |
| お薬    | 点滴  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div><input type="checkbox"/>点滴があります。10時から開始です。</div><div><input type="checkbox"/>点滴をしながら手術へいきます。</div></div>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                  |                                                                                                       |
|       | 内 服 | <div><input type="checkbox"/>持参頂いたお薬を一時お預かりします。</div> <div><input type="checkbox"/>持参頂いたお薬を継続して内服して頂きます</div>                                                                                                                                                                         | <div><input type="checkbox"/>通常どおり内服してください</div>  | <div><input type="checkbox"/>通常どおり内服してください</div> <div><input type="checkbox"/>下剤と眠剤内服します。</div> <div><input type="checkbox"/>お薬回収します。</div>                                                                                                                          | <div><input type="checkbox"/>お薬は中止です。</div>                                                                                                                                                                                                                            | <div><input type="checkbox"/>お薬が開始になります。</div> <div><input type="checkbox"/>内服継続です。</div>                                                                                                                                                                                      | <div><input type="checkbox"/>内服継続です。</div>                                                                                                                                           | <div><input type="checkbox"/>内服継続です。</div>                                       |                    |
| 検 査   |     | <div><input type="checkbox"/>入院時検査はなし</div> <div><input type="checkbox"/>入院時検査はあり</div>                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                      | 手術後<br><input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                      | <div><input type="checkbox"/>CT撮影</div> <div><input type="checkbox"/>ABI検査</div> |                                                                                                       |
| 食 事   |     | <div><input type="checkbox"/> 循環器食                      Kcal</div>                                                                                                                                                                                                                    | <div><input type="checkbox"/>食事は通常通りです。</div>                                                                                      | <div><input type="checkbox"/>食事は通常通りです。</div> <div><input type="checkbox"/>21時以降絶食です。</div>                                                                                                                                                                          | <div><input type="checkbox"/>本日6時より絶飲食です。</div> <div>&lt;手術後&gt;</div> <div><input type="checkbox"/>管を抜いた4時間後より飲水可</div>                                                                                                                                                                                                                                  | <div><input type="checkbox"/>食事開始です。</div>                                                                                                                                                  | <div><input type="checkbox"/>食事あり</div>                                                                                                                                              | <div><input type="checkbox"/>食事あり</div>                                          |                                                                                                       |
| 処 置   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div><input type="checkbox"/>歯科受診あり</div>                                                                                          | <div><input type="checkbox"/>身長 体重測定</div> <div><input type="checkbox"/>マーキング(足背)</div> <div><input type="checkbox"/>剃毛(両ソケイ腹部)</div> <div><input type="checkbox"/>歯科受診あり</div>  | <div><input type="checkbox"/>手術着へきがえます。</div> <div><input type="checkbox"/>排尿後車椅子でアンギオ室へいきます。</div> <div><input type="checkbox"/>尿道カテーテル挿入します。</div>   <div>★術後はICUへいきます。</div> | <div><input type="checkbox"/>ガーゼ交換します。</div> <div><input type="checkbox"/>尿の管をぬぎます。</div> <div><input type="checkbox"/>一般病棟へ移ります。</div> <div><input type="checkbox"/>リハビリが開始となります。</div>  | <div><input type="checkbox"/>薬剤指導行います。</div> <div><input type="checkbox"/>場合によっては栄養指導行います</div>  |                                                                                  |                                                                                                       |
| 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<br><input type="checkbox"/> 入浴可能です<br>男性:月・水・金 午前9時~11時30分 火・木・土 13時~16時<br><br>女性:火・木・土 午前9時~11時30分 月・水・金 13時~16時<br> | <div><input type="checkbox"/>入浴可能です</div>                                                                                          | <div><input type="checkbox"/>入浴可能です</div>                                                                                                                                                                                                                            | <div><input type="checkbox"/>入浴可能です (9時)</div> <div><input type="checkbox"/>術後絶対安静です。</div>                                                                                                                                                                                                                                                               | <div><input type="checkbox"/>点滴中はお体をお拭きします。</div>                                                                                                                                         | <div><input type="checkbox"/>傷の状態よければ入浴可</div>                                                                                                                                       | <div><input type="checkbox"/>傷の状態よければ入浴可</div>                                   | <div>会計窓口</div>  |
| 説明・指導 |     | <div><input type="checkbox"/>薬剤師による説明があります。</div>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                    | <div><input type="checkbox"/>手術の説明があります。</div>                                                                                                                                                                                                                       | <div><input type="checkbox"/>術後医師により結果説明があります</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                  | <div><input type="checkbox"/>次回診察の説明を行います。</div>                                                      |
| その他   |     | <div><input type="checkbox"/>検査承諾書の確認を行います</div>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                  |                                                                                                       |
| サイン   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                  | 日                      夜                                                                              |

★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

★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。