

心臓カテーテル検査を受ける方へ 手首からの検査

患者氏名 _____ 様 (I D _____) 病名 _____ クリニカルパス番号 : 12011102

日付	月 日		月 日		月 日 月 日	
	入院当日(検査前日)		検査当日(検査前)	検査当日(検査後)	1日目 ~ 3日目(退院)	
安静度	病院内を自由に動いて頂いて結構です。		<ul style="list-style-type: none"> 検査までは自由です。 検査時間が近づきましたら、病室で待機してください。 車椅子で検査室に行きます。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査後2時間おきに、圧迫を少しゆるめます。 検査後4時間は手首を曲げないように板で固定させていただきます。 気分不良など特に問題なければ、トイレに行ってもらって結構です。 以後医師が診察し、手首のバンドをはずす場合と朝までつけていただく場合があります。バンドを外した後は手首を曲げていただいて結構です。以後、病棟内でお過ごしください。 	病院内を自由に動いて頂いて結構です。	
食事	心臓食(1600kcal・塩分6gの制限食)を食べていただきます。		(午前・午後)の検査の場合、(朝・昼)食は(半分・絶食)にして下さい。	1時間後より食事可能となります。		
排泄	病室のトイレをお使いください。		検査までに排泄を済ませておいて下さい。	トイレで排尿できます。		
清潔	入浴可能です。(男女入浴時間が決まっています)				検査翌日から入浴可能です。	
薬	<ul style="list-style-type: none"> 外来薬を続けて飲んで下さい。 場合により中止・変更がありますので、指示にしたがって下さい。 		<ul style="list-style-type: none"> 検査前より点滴がはじまります。 検査前に精神安定剤を飲んでいただきます。 場合により外来薬の中止・変更があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査後中止するように言われていた薬以外は飲んで下さい。 痛み・吐き気のある時は、遠慮なく看護師にお申し出下さい。痛み止め、吐き気止めのお薬があります。 	次回外来までの薬をお渡しします。	
検査と処置	<ul style="list-style-type: none"> 体温・血圧・脈拍を測定します。 必要に応じ、採血・レントゲン・心電図などの検査があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 手の動脈の部分に印をつけます。 必要時毛剃りをさせていただきます。 	検査前に新しいパジャマに着替えていただきます。	<ul style="list-style-type: none"> 検査後2時間まで30分毎に血圧・脈拍を測り、管を入れたところから出血がないか確認させていただきます。 心電図モニターをつける場合があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 血圧・脈拍を測り、管を入れたところの観察をします。 心電図モニターをつけている場合ははずします。 	
説明など	<ul style="list-style-type: none"> 看護師から入院生活についての説明があります。また入院までの生活についてお聞きします。 医師から検査についての説明がありますので、ご家族の方もお待ちください。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師から検査の流れと注意事項・必要物品についての説明があります。 検査開始予定時間をお伝えします。 	<ul style="list-style-type: none"> ご家族の方は、検査時間までいらして下さい。 検査中は病室か控え室で待機してください。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査後ご家族の方は飲水や食事の介助をお願いします。その後患者様の状態が落ち着かれましたらお帰りいただいて結構です。 ご都合でご家族が来られない場合はお手伝いいたします。 主治医より検査結果の説明があります。ご家族の方も一緒にお聞きください。 	<ul style="list-style-type: none"> 次回の外来予約券とお薬を受け取られた後お帰りいただいて結構です。 患者様の状態によりさらに治療が必要となり退院が延びる場合があります。 	

注意1. 病名等は現時点で考えられるものであり、今後検査を進めていくにしたがって変わる可能性もあります。

上記計画書について、十分説明を受け納得しました。

20 年 月 日

注意2. 入院期間については、現時点で予想されるもので、今後の経過で変更となる可能性もあります。

主治医 _____ 印 看護師 _____ 印

患者署名 _____