

心臓カテーテル検査を受ける方へ（足からの検査）

患者氏名 _____ 様（ID _____） 病名 _____ クリニカルパス番号：12021102

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。 ・ベッドで検査室に行きます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査後6時間は絶対安静です。検査をした方の足は絶対に曲げないでください。検査3時間後に圧迫ベルトをはずしますが、やはり足は曲げないでください。 ・検査後6時間たち看護師の許可があれば、以後は、翌朝医師の診察があるまでベッド上で過ごしていただきます。歩いたり、ベッドから降りたりしないで下さい。 	AM9時頃医師が診察したあとは、病院内を自由に動いていただいて結構です。	
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が、絶対安静中は寝たまま食べていただきます。		
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。	・検査後は寝たままでの尿器排尿または管での排尿となります。		
清潔	入浴可能です。(男女入浴時間が決まっています)	毛剃りの後、入浴してください。			検査2日後から入浴可能です。	
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、指示にしたがってください。 		<ul style="list-style-type: none"> ・検査前より点滴が始まります。 ・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"> ・検査をする部位の毛剃りがあります。 ・足の動脈の部分に印をつけます。 	検査前に浴衣式の着物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"> ・ご家族の方は、検査時間までにいらして下さい。 ・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。

平成 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 _____ 西神戸医療センター