

患者氏名 _____ 様

病名: 不安定狭心症

平成 年 月 日

西神戸医療センター 循環器科

経過	治療当日(治療前)	治療当日(治療後)	1日目	2日目(退院)
日付	月 日	月 日	月 日	月 日
安静度	<ul style="list-style-type: none"> 治療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3階の検査室に行きます。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療後は、絶対安静です。管の入っている方の足は絶対に曲げないでください。 治療時に使用した管を抜いてからベルトで圧迫させていただきます。その後一定時間の安静が必要になります。 看護師の許可があれば、ベッドを30度まで上げたり、看護師が体の向きを変えたりできます。 翌朝医師の診察があるまでは、自分で座ったり寝返りをうつことはしないでください。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝9時頃、医師が診察し問題なければトイレに歩いていただいて結構です。ただし、医師の許可後1時間までは病室内で過ごしてください。 1時間たてば、病院内を自由に動いて頂いて結構です。 	
食事	朝食は(半分・絶食)にしてください。	<ul style="list-style-type: none"> 病室に帰ったらすぐ水かお茶を500ml以上飲んで下さい。 1時間後より食事可能となりますが、臥床安静のため寝たままで食べていただきます。 		
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 治療時間までに排泄を済ませておいて下さい。 寝たままで排泄ができなかった場合、治療前に管を入れさせていただきます。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査後は、翌朝医師が診察するまで、寝たままでの尿器排尿または管での排尿となります。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の許可があれば、トイレに歩いていただいて結構です。 	
清潔	入浴はできません。 看護師(又はヘルパー)が体を拭きます。			治療2日後からシャワー浴可能です。
薬	<ul style="list-style-type: none"> 朝より抗生剤の内服が開始になります(2日間)。 治療前に精神安定剤を飲んでいただきます。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療の結果などにより変更することがありますが、中止するよう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。 	医師の診察後、点滴の針を抜きます。	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"> 治療前に浴衣式の着物に着替えていただきます。 へその下から太ももの半分くらいまで毛剃りを行います。 足動脈に印をつけます。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療後から心電図モニターをつけさせていただきます。また、場合により心電図をとらせていただくことがあります。 管を抜くまでの間、管を入れているところから出血がないか、看護師が30分ごとに確認させていただきます。 一定時間たてば、医師が病室で足の管を抜き止血の処置をします。止血が確認できたら、足に圧迫ベルトを巻きます。 止血後2時間まで30分ごとに血圧、脈拍を測り、管を入れたところから出血がないか確認をさせていただきます。 止血後一定時間たてば、圧迫ベルトをはずします。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝9時ごろ医師が診察し、絆創膏にはりかえます。 心電図モニターをはずし、排尿のための管を抜きます。 場合により採血をさせていただくことがあります。 血圧・脈拍を測り、管を入れたところの観察をします。 	
説明など	<ul style="list-style-type: none"> ご家族の方は、治療時間までにいらしてください。 治療中は病室か控え室で待機してください。 看護師から治療の流れと注意事項・必要物品についての説明があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療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。 	主治医より治療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。	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。

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。

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。

上記計画書について、十分説明を受け納得しました。

主治医 _____ 印 看護師 _____ 印

患者署名 _____