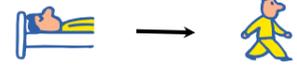


入院診療計画表(動脈形成術・ステント留置術 前日入院:上肢穿刺)

病棟 病室 号 氏名() 様) 担当医() () 看護師()

病日	() / ()	() / ()	() / ()	() / ()
項目	治療前日(入院日)	治療当日	治療後1日目	治療後2日目(退院日)
予定	<input type="checkbox"/> 足の動脈に印をつけます 首や両手足の動脈を確認します <input type="checkbox"/> インスリン使用の方は血糖を調べます <input type="checkbox"/> リストバンドをします	<input type="checkbox"/> 点滴をします  <input type="checkbox"/> 尿道にカテーテルを留置することがあります  <input type="checkbox"/> 手首穿刺の方は痛み止めのシールを貼ります <input type="checkbox"/> インスリン使用の方は血糖を調べます <input type="checkbox"/> 止血帯は徐々に減圧し、止血確認後除去します	<input type="checkbox"/> 点滴を継続します  <input type="checkbox"/> インスリン使用の方は血糖を調べます <input type="checkbox"/> 血液検査を行います 	<input type="checkbox"/> 退院です  <input type="checkbox"/> インスリン使用の方は血糖を調べます
食事	<input type="checkbox"/> 治療食が出ます 	<input type="checkbox"/> 水分はとれます  <input type="checkbox"/> 治療前は食べられません 治療終了1時間後より食べれます 	<input type="checkbox"/> 治療食が出ます 	<input type="checkbox"/> 治療食が出ます 
活動	<input type="checkbox"/> 制限ありません 	<input type="checkbox"/> 治療後1時間ベッド上安静にします その後異常なければ病棟内制限ありません 	<input type="checkbox"/> 制限ありません 	<input type="checkbox"/> 制限ありません 
清潔	<input type="checkbox"/> シャワーできます 	<input type="checkbox"/> 体をタオルで拭いてきれいになります 	<input type="checkbox"/> シャワーできます 	<input type="checkbox"/> シャワーできます 
説明指導	<input type="checkbox"/> 治療について説明します <input type="checkbox"/> 入院までの経過をお聞きます <input type="checkbox"/> 必要書類に記入してください <input type="checkbox"/> 内服薬の確認をします 中止薬があればお知らせします  <input type="checkbox"/> 入院中に服薬指導があります (無い場合もあります)	<input type="checkbox"/> 治療結果について説明します 家族の方は病室またはデイルームで待機をお願いします 		◆退院時指導◆ <ul style="list-style-type: none"> ・規則正しい生活をしましょう ・高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療を継続しましょう ・禁煙に努めてください ・発熱、下肢痛、穿刺部異常あれば病棟に連絡してください ・次回受診日 (月 日 曜日 時 分) 担当医: