

患者氏名： \_\_\_\_\_ さま

病名/症状： 狭心症  陳旧性心筋梗塞  閉塞性動脈硬化症  
 鎖骨下動脈狭窄症  心房細動  心房粗動  上室性頻拍  
 心室性頻拍  その他 ( \_\_\_\_\_ )

主治医以外の担当者

薬剤科 \_\_\_\_\_ 栄養科 \_\_\_\_\_

○上記パスの内容【入院診療計画書】に基づいた医療を行ないます。この説明用紙は入院時に必要になるため必ずご持参ください。【予定入院数 4日】

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
経過	入院当日	治療当日	治療翌日	退院日
治療・薬剤 点滴・内服	内服薬の確認をします (血糖を下げるお薬は中止することがあります) 入院後、点滴をするための準備をします 21時頃より点滴を始めます (検査前日から検査終了後まで点滴3本行う予定です 主治医の指示によって変更になることもあります)	中止していたお薬の再開や、追加になるお薬があればご説明いたします  治療後、点滴が終わりましたら終了となります 点滴の針は退院日まで留置しておきます		点滴の針を抜きます
検査	入院時に採血やレントゲン、心電図などの検査がある場合があります 	<b>カテーテル治療</b> 治療は1時間～2時間程度で終わります ※緊急の場合等順番が変更になる場合があります	朝、採血と心電図の検査があります 	<b>退院後の注意事項</b> 処方されたお薬は、忘れずに内服してください 定期的に外来での診察や、検査を受けてください 退院当日はシャワーとし、退院翌日から浴槽に入ることができます (熱いお湯での入浴は避けて下さい) 退院後はカテーテルを行ったところの腫れや出血に注意してください (1,2週間はくらはいは重いものを持ちたりしないよう気をつけてください) 抗凝固薬(ワーファリン、プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナなど)、抗血小板薬(バイアスピリン、プラビックス、エフィエント、コンプラビン配合錠、パナルジン、プレタール、エパデールなど)を内服している方は出血に注意してください 歯科など受診の際は必ず申し出てください
処置	足の付け根から治療を行う場合は除毛します	検査後は出血や腫れがないか確認しながら止血バンドを徐々に緩めていきます 検査後から心電図モニターをつけて頂きます	朝8時ごろ、止血部位の消毒をします	
活動・安静	特に制限はありません	ベッド上安静となります 	心電図を確認し、歩行可能となります ※最初は看護師が付き添い病棟の廊下を歩きます 	
食事 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	必要に応じて栄養指導を行います 主に塩分制限食となります 	治療2時間前から禁食となります ※検査の時間に合わせて看護師が説明に伺います 水分は特に制限はありません 治療1時間後に食事可能です		 不明な点がありましたら、いつでもお尋ねください。
排泄		安静が必要なため、お小水の管を入れる場合があります	歩けるようになったらお小水の管を抜きます	
その他	夕方に検査の予定時刻をお知らせします 足の付け根から検査を行う場合に使用する物 ・T字帯 ・止血ベルト(準備の必要はありませんが、使用された場合は入院費に別途含まれます)	検査終了後、担当医師がご本人とご家族に結果を説明します(ご家族の付き添いをお願いします) 		午前10時半頃請求書ができます 1階の会計でお支払いください (土日、祭日は後日会計になる場合があります) 次回の外来予約や検査の予約について説明いたします 退院処方がある場合は院内処方にてお渡しいたします
看護計画	入院生活を安全に過ごしていただくために、誤認防止、転倒・転落防止、感染症対策に努めていきます			説明した看護師 _____ 20 年 月 日 パス表に基づき、説明を受け承諾いたしました。 本人またはご家族： _____

○経過説明の内容は標準的なものであり、年齢、合併症により予定している治療内容や入院期間の変更が生じることがあります。