








主治医： _____

主治医以外の担当者 _____

患者氏名： _____ さま 病名/症状： 洞不全症候群 房室ブロック その他 (_____)

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 9日】

日付	外来または	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
経過	入院後	入院日	手術日	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目	退院日
治療 薬剤	抗凝固薬や糖尿病治療薬を内服されている方は中止の指示があります 月 日から中止 月 日から中止	特別な指示がない限り、持参薬を継続してください 	糖尿病治療薬を内服中の方は別途指示があります 午前中より点滴を行います 手術前および手術後に抗生物質の点滴があります	内服薬の追加がある場合は、薬剤師または看護師より説明があります 朝・夕2回の抗生物質の点滴があります						退院時処方がある場合があります
検査				採血・心電図・胸部レントゲンがあります 	採血・心電図・胸部レントゲンがあります 	胸部レントゲンがあります 	採血・心電図・レントゲンがあります 			
処置		手術部位の毛を剃る場合があります	手術を行い紗巻とバストバンドをつけます 手術後より心電図モニターを装着させていただきます	午前中に紗巻を取ります					ペースメーカーの点検があります 点検にて問題なければ退院可能となります	
活動 安静		症状がない時に限り、制限はありません 症状がある場合は別途医師より指示があります	手術後はベッド上で過ごしていただきます 	レントゲン確認後、病棟内の歩行が可能です 腕は1ヶ月間は肩以上に挙上しないでください	病棟フロア内に限り制限がありません				病院内に限り制限がありません	
食事 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		通常食あるいは治療食（塩分制限食）となります	午前中手術の場合は朝食を禁食、午後手術の場合は昼食を禁食とします 同時に飲水も控えてください 通常は手術1時間後より飲食が可能です	通常食あるいは治療食（塩分制限食）となります						
排泄		病状に応じて、医師より指示があります	術前にお小水の管を挿入します	お小水の管が挿入されていた場合には抜去します 抜去後はトイレで排泄できます	トイレにて行えます					
その他	バストバンドが必要となります（詳細は看護師が説明します）	入院時オリエンテーション 入院時の書類説明があります *手術当日はご家族の付き添いが必要です 都合が悪い場合は看護師までお知らせください		退院後の生活で気を付けること等、パンフレットを用いて説明します 						退院の際、ペースメーカー手帳をお渡しします 外出時も常に携帯し、なくさないようにしましょう
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。