

主治医：_____










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

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 2~3日】

日付	月 日	月 日	月 日	月 日	
経過	入院・検査当日(検査前)		検査当日(検査後)	検査翌日もしくは退院日	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) 入院時より点滴を始めます (入院時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 検査の場合は点滴終了と同時に針を抜きます		点滴の針を抜きます <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> 退院後の注意事項 </div>
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 		カテーテル治療 治療は1時間~2時間程度で終わります <u>※緊急の場合等順番が変更になる場合があります</u>	朝、採血と心電図の検査があります 検査の場合 採血と心電図の検査はありません 	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っ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、コンプラミン配合錠、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 治療後から心電図モニターをつけて頂きます 検査の場合、心電図モニターは付けません	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 検査のご案内があるまでは病棟内でお過ごしください		治療の場合 ベッド上安静となります  検査の場合 病棟内でお過ごし下さい 足の付け根から検査を行った場合ベッド上安静となります	治療の場合 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 足の付け根から検査を行った場合、朝、止血の状態を確認し、歩行可能となります	
食事 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	朝7時までに朝食・内服を済ませてきてください 検査2時間前から禁食となります 水分は特に制限はありません  主に塩分制限食となります		検査・治療1時間後から食事が可能です 水分は特に制限はありません ※検査の時間に合わせて看護師が説明に伺います	退院前までに、必要に応じて栄養指導を行います 	
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	入院後に検査の予定時刻をお知らせいたします 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) 	検査のみで終了した場合は、午前中に退院できます	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ります) 次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、転落・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。