

冠動脈造影検査(CAG)を受けられる患者様へ(1泊2日用)

ID: _____

入院日: _____

病名(症状): _____

氏名 _____ 様

主治医 _____ 印

主治医以外の担当者 _____

月日	検査当日(入院日・検査前)	検査当日(入院日・検査後)	検査1日目(退院日)
経過(病日)			
目標	<ul style="list-style-type: none"> ◇治療の説明を受け同意している ◇検査後の安静が理解できる ◇検査の準備が出来る 	<ul style="list-style-type: none"> ◇胸部症状がない ◇穿刺部の安静が保持できる ◇合併症がない(出血・痛み) ◇創部の安静を保つことができる 	<ul style="list-style-type: none"> ◇胸部症状がない ◇創部の感染がない ◇合併症がない ◇退院後の生活について正しく理解できる
治療・薬剤(点滴・内服)	持参した内服薬の継続・休薬をお知らせします 入院後から点滴を開始します		朝まで問題がなければ点滴を終了します
処置・検査	心電図と胸部X線撮影を行います(必要時) 体温、血圧を測ります 検査直前に検査着にきがえます 入れ歯、時計、メガネ、指輪など装飾品をはずして下さい	体温・血圧・脈拍を測り、異常がないか確認します	医師の回診時に創部を消毒します
移動	血管撮影室に車椅子で入室します	検査終了後は車椅子で病棟に帰室します(状況によりベッドの場合もあります)	
安静度	病棟内歩行となります		病棟内歩行となります
食事	手術直前の食事は食べられません 必要な栄養管理の必要性(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	検査1時間後から食事(軽食)可能となります。それ以降は通常通りとなります。	
清潔	検査当日は安静となります		退院後入浴できます
排泄	制限はありません	トイレ歩行以外はベッド上安静となります	制限はありません
患者様及びご家族への説明 生活指導 リハビリ 服薬指導 栄養指導	<ul style="list-style-type: none"> ●入院中の経過を説明します <input type="checkbox"/> 医師から治療について説明を受けられたのちに、同意書にサインをスタッフへ提出してください <input type="checkbox"/> 検査前はカフェインが多く含まれている飲み物(コーヒー、紅茶、緑茶)は摂取しないでください(摂取することで検査結果に影響を及ぼす可能性があります。水は飲んでも構いません) <input type="checkbox"/> わからないことや不安なことがあれば看護師にお知らせください <input type="checkbox"/> 動悸や胸痛など気分がわるいときはナースコールで看護師に知らせてください <input type="checkbox"/> 検査は局所麻酔です。術中に気分が悪いときは声をかけてください <input type="checkbox"/> ご家族の方へ検査開始約30分前までに来院するようお願いいたします <input type="checkbox"/> 栄養士による栄養指導を行います(入院日もしくは退院日の午前中) <input type="checkbox"/> 薬剤師による服薬指導を行います 	<ul style="list-style-type: none"> ●検査後の安静について説明します <input type="checkbox"/> 検査後の出血を予防するために止血具で穿刺部を圧迫します <input type="checkbox"/> 手首から穿刺した場合は止血が確認されるまで手首を動かさないように注意してください <input type="checkbox"/> 兪径部から穿刺した場合は止血が確認されるまでベッド上安静になります 	<ul style="list-style-type: none"> ●退院後の生活について説明します <input type="checkbox"/> 仕事・入浴・運動について説明します <input type="checkbox"/> 次回予約票・退院時処方をお渡しします <input type="checkbox"/> 次回受診日について説明します <div style="text-align: center;">  </div>

在宅復帰支援計画および担当者 : 該当なし / 総合的な機能評価 : 該当なし

4階 東 病棟 / 階 病棟

患者・家族署名 (_____) 年 月 日