

【 入院診療計画書

TAE

ID

【 病名 氏名 様
 【 特別な栄養管理の必要性 : ※当院では、栄養士より全ての入院患者様の栄養評価を行い必要に応じて栄養指導させて頂いております。】
 【 栄養計画 :
 【 総合的機能評価 : ※総合的機能評価を行う場合の評価結果は別紙にてご説明させていただきます。】
 注：病名/入院期間等は、現時点で考えられるもので検査や治療、病態により変更となる場合があります。

経過	治療前日	治療当日(治療前)	治療当日(治療後)
日時	【 月 日 () 】	【 月 日 () 】	【 月 日 () 】
目標	<input type="checkbox"/> 全身状態に問題がない	<input type="checkbox"/> 治療について理解できる <input type="checkbox"/> 身体的準備ができていない <input type="checkbox"/> 全身状態に問題がない	<input type="checkbox"/> 穿刺部に問題がない <input type="checkbox"/> 合併症の症状・所見がない <input type="checkbox"/> 手術経過に問題がない
食事	<input type="checkbox"/> 制限はありません。 <input type="checkbox"/> 治療当日の朝食まで食べられます。 (治療が午前中の場合、朝食は禁止です)	<input type="checkbox"/> 昼食は食べられません。夕食は安静時間と重なるためおにぎり食です。(治療が午前中の場合、昼食がおにぎり食です) <input type="checkbox"/> 治療前の飲水は可能ですが、控えめにしてください。	<input type="checkbox"/> 病室に戻ってきたら、飲食は可能です。ただし、安静のため起き上がることはできません。
治療処置	<input type="checkbox"/> 足の甲の動脈を確認し、マーキングをします。 <input type="checkbox"/> 足の付け根の毛を剃ります。カテーテル治療後、止血テープをはるため広範囲を剃る可能性 <input type="checkbox"/> 治療が午前中の場合、点滴の針のみ入れま	<input type="checkbox"/> 手術着に着替えます。下着や靴下は着用できません <input type="checkbox"/> 朝9時頃、右前腕の点滴の針を入れ、点滴を入れます。午前中から治療の場合は、だいたい6~7時頃より始めます。使用する薬剤の量によっては多少前後しま <input type="checkbox"/> ベッドでカテーテル室に行きます。場合によっては、歩きで行くこともあります。 <input type="checkbox"/> カテーテル室に着いたら、処置台に移ります。 <input type="checkbox"/> 処置台に移ったら、心電図や血圧計、フットポンプをつけます。	<input type="checkbox"/> 治療終了後、カテーテルを刺した部位(穿刺部)を止血のため固定します。
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません。	<input type="checkbox"/> 治療前は制限はありません。点滴などの準備があるので、なるべく病棟内にいてください。	<input type="checkbox"/> ベッドで病棟に戻ります。 <input type="checkbox"/> 病棟に戻って来てから6時間はベッド上で安静です。必要に応じて、穿刺した側の足を固定します。 <input type="checkbox"/> 6時間の安静が終わり最初に歩くときは看護師が付き添います。 <input type="checkbox"/> 6時間の安静が終わり、ふらつきや穿刺部の出血がなければ制限はありません。
清潔	<input type="checkbox"/> 制限はありません。	<input type="checkbox"/> 治療前は制限はありませんが、準備があるので看護師に相談してください。	<input type="checkbox"/> 治療後は清拭のみです。
説明指導	<input type="checkbox"/> 普段飲んでいる薬の確認をします。お薬手帳をお渡しください。 <input type="checkbox"/> アレルギーの確認をします。	<input type="checkbox"/> 安静中に何かありましたら、遠慮なくナースコールを押してください。 <input type="checkbox"/> 治療の影響により痛みや吐き気が出ることがあります。薬が使えますので我慢せず看護師に伝えてくださ	<input type="checkbox"/> 穿刺部の止血のため固定テープは剥がさないください。翌日に主治医の診察があります。

経過	治療1日後	治療2日後	治療3日後以降
日時	【 月 日 () 】	【 月 日 () 】	【 月 日 () 以降】
目標	<input type="checkbox"/> 疼痛のコントロールができています <input type="checkbox"/> 合併症の症状・所見がない	<input type="checkbox"/> 疼痛のコントロールができる <input type="checkbox"/> 合併症の症状・所見がない <input type="checkbox"/> 発熱のコントロールができています	<input type="checkbox"/> 疼痛のコントロールができる <input type="checkbox"/> 合併症の症状・所見がない <input type="checkbox"/> 発熱のコントロールができています
食事	<input type="checkbox"/> 制限はありません。	<input type="checkbox"/> 制限はありません。	<input type="checkbox"/> 制限はありません。
治療処置 検査	<input type="checkbox"/> 早朝に採血があります。 <input type="checkbox"/> 主治医が穿刺部の診察をします。問題なければ、止血用の固定テープを剥がします。 <input type="checkbox"/> 穿刺部に絆創膏を貼ります。	<input type="checkbox"/> 穿刺部の観察をします。穿刺部の出血がない、またはかさぶたができていれば何も貼らなくても大丈夫です。	<input type="checkbox"/> 早朝に採血があります。4日目以降は適宜行います。 <input type="checkbox"/> 治療7日後頃、採血とCTが予定されています。 <input type="checkbox"/> 穿刺部の観察をします。穿刺部の出血がない、またはかさぶたができていれば何も貼らなくても大丈夫です。
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません。	<input type="checkbox"/> 制限はありません。	<input type="checkbox"/> 制限はありません。
清潔	<input type="checkbox"/> 発熱や痛み、穿刺部の出血がなければシャワー浴可能です。	<input type="checkbox"/> 発熱や痛み、穿刺部の出血がなければシャワー浴可能です。	<input type="checkbox"/> 発熱や痛み、穿刺部の出血がなければシャワー浴可能です。
説明指導	<input type="checkbox"/> 治療の影響により痛みや吐き気が出ることがあります。薬が使えますので我慢せず看護師に伝えてください	<input type="checkbox"/> 治療の影響により、発熱、痛みや吐き気が出ることがあります。薬が使えますので我慢せず看護師に伝えてください。	<input type="checkbox"/> 治療の影響により痛みや吐き気が出ることがあります。薬が使えますので我慢せず看護師に伝えてください。

上記、入院診療計画について十分な説明を受けた上で同意いたします。		同意年月日		(西暦) 年 月 日	
本人/親族 または代理人(続柄)		主治医	印	説明看護師	