

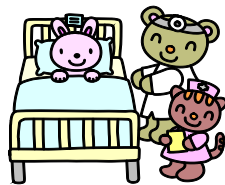


ペースメーカー電池交換を受けられる患者さん (入院診療計画書)

患者ID: _____ 性別: _____ 生年月日: _____ 病棟: _____ 病室: _____
 患者氏名: _____ 病名: _____ 症状: _____

経過	入院1日目(手術前日) (/)	入院2日目(手術当日) (/)	入院3日目(術後1日目) (/)	退院 (/)
患者目標	不安なく手術が迎えられる	全身状態が安定している	創部の異常がない	不安なく退院を迎えられる
治療・処置	・外来にて血液検査・レントゲン・心電図検査、麻酔科の診察があります ・病棟にて心電図モニターをつけます	() 時頃、手術室へ行きます 【手術後】 ・持続点滴をしています ・抗生物質を使用します ・食事がとれたら持続点滴を中止します	レントゲン撮影をします 抗生物質を使用後、食事がとれていれば点滴を抜きます	
活動	病棟内を自由に過ごせます (20歳以上の方は院内自由です)	術後1時間はベッド上で過ごしましょう それ以降は病室内自由です	病棟内を自由に過ごせます (20歳以上の方は院内自由です)	病棟内を自由に過ごせます (20歳以上の方は院内自由です)
食事	制限はありません アレルギー等あればお知らせください 	【術前】 朝は(禁食・術前軽食)です 水かお茶を() 時頃() mlが最後です 【術後】 1時間後、2時間後に水かお茶を() ml飲みます 飲水して嘔吐がなければ食事ができます	制限はありません	制限はありません
清潔	お風呂に入れます	入浴できません	シャワーができます	
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします。 <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性について評価します(有・無) <input type="checkbox"/> 手術の時間をお知らせします <input type="checkbox"/> 手術同意書・麻酔承諾書をいただきます <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性を評価します(有・無)			次回の外来の説明をします 次回外来予定日 (/)

主担当医氏名: _____ 印 _____ 主担当医以外の担当者: _____

年 月 日 上記の説明を受けました。

患者・家族サイン: _____ (続柄) _____

メモ: _____

2021/1/15 作成
 2021/5/14 改訂