

心臓カテーテル 検査・経皮的冠動脈形成術入院計画書（患者様用）

説明日 年 月 日

指示日 年 月 日

号室 棟 病名 主治医 担当看護師

経過	入院日又は検査・治療前日	検査・治療当日(検査・治療前)	検査・治療当日(検査・治療後)	検査・治療後 1日目	検査・治療後 2日目
日時	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
食事	<p>○心臓の病気の治療食として、カロリー・塩分制限のある食事です。 ※他の病気のある場合は多少異なります。</p> 	<p>○検査・治療の時間が 時 分ですので、(朝・昼)食は(延食・半分・全量)摂取となります。</p>	<p>○病室帰室後、気分が悪くなければ水分をとっていただけます。 ○水分摂取後、気分が悪くなければ食事していただけます。 ※水分摂取量をチェックしてください。</p>		
安静度	<p>○活動制限はありません。</p> <p>○医師からの指示</p> <p>()</p> 	<p>○活動制限はありません。</p> <p>○医師からの指示</p> <p>()</p> <p>○検査・治療は 【右・左】[手首・肘部・大腿部] よりカテーテルの管を挿入します。</p> 	<p>大腿部より検査・治療した場合</p> <p>止血材を使用した場合は、検査・治療後ベッド上で寝たまま4時間安静にしていただけます。 その後 検査当日はあまり歩かずにベッド上にてお過ごし下さい。(横向きになっていただいても結構です。)</p> <p>※座ったり、足を曲げたりすると出血する可能性がありますので、足は伸ばしたままにしておいて下さい。</p> <p>肘部より検査・治療した場合</p> <p>午前施行 4時間後に圧迫解除し、21時に固定具を外します。 午後施行 4時間後に圧迫解除し、翌朝に固定具を外します。</p> <p>※食事時は治療した方の手は使用せず反対側の手を使用して下さい。</p> <p>手首より検査・治療した場合</p> <p>2時間毎に圧迫バンドより2ccずつ3回空気を抜き、翌朝まで固定します。</p> 		
排泄	○トイレに行っていただけます。		○尿の管が入っておられる場合は、管が抜けてからトイレに行ってもらいます。		
清潔	○制限はありません。				
薬	<p>○御手持ちの内服薬は一時中止していただくことがあります。その場合はお知らせいたします。</p> <p>○治療前日の21時に安定剤を2錠飲んでいただけます。</p>		○検査・治療後から点滴を行う場合があります。		
検査治療	<p>○身長・体重・血圧等の測定をします。</p> <p>○必要に応じて血液検査・エックス線撮影・心電図・心臓超音波検査等 があります。</p> <p>○手又は足の脈が触れる場所にペンで印をつけさせていただきます。</p>	<p>○検査・治療の前に全身の観察(血圧、脈拍測定等)を行います。</p> <p>○検査・治療の1時間前に排尿を済ませ検査着に着替えていただきます。</p> <p>○眼鏡・時計・入れ歯などは外しておいて下さい。</p> <p>○医師の指示に従い点滴・尿の管を入れます。</p>	<p>○病室帰室後、全身の観察(血圧、脈拍測定等)を行います。</p> <p>○検査・治療した部位より出血がないことを確認します。</p> <p>○しびれや痛みが強いときはお知らせ下さい。</p> <p>○圧迫固定のテープをはがした時点で消毒液やテープのべたつきをとります。</p>	<p>○検査・治療部位の状態や、全身状態の観察を行います。</p> <p>○検査・治療部位の消毒を行い絆創膏に変えます。</p> <p>○点滴の管を抜きます。</p>	○2日目に絆創膏を剥がして下さい。
説明指導	<p>○医師が検査・治療の説明に伺います。(既に外来にて検査・治療の説明がお済の方は御希望の方にのみお話をさせていただきます) その際は説明があるまで御本人及び家族の方は部屋でお待ち下さい。</p> <p>○承諾書をお渡ししますので、医師の説明後に記入していただき、看護師に渡して下さい。</p>	○検査・治療中は家族の方は、病室でお待ちいただけます。	○医師より、検査・治療結果の説明、退院後の内服、次回の受診日の説明があります。また薬剤師よりお薬について、栄養士より退院後の食事について説明があります。(説明日時は検査・治療後御相談させていただきます。)		
その他	○状況により予定を変更する場合があります。予めご了承下さい。御不明な点がございましたら、ご遠慮なくスタッフまでお尋ね下さい。				
総合的な機能評価					

入院費用概算 (診断の場合) 一般3割負担・・・約6~7万円
前期・後期高齢者1割負担・・・約2~3万円
前期・後期高齢者3割負担・・・約6~7万円

(治療の場合) 一般3割負担・・・約30~80万円
前期・後期高齢者1割負担・・・約5万円 前期・後期高齢者3割負担・・・約12万円

※記載金額は概算であり、診療内容により増減する場合がございます。予めご了承下さい。また、各種公費医療を受給しておられる場合は、その定められた負担による金額になります。

患者氏名

同席者氏名