

心臓電気生理検査・カテーテルアブレーション(翌日退院用)入院治療計画書(カルテ控え用)

主治医
担当看護師

発行日 年 月 日

号室 氏名 様 病名

経過 日付	入院日・又は治療前日	治療当日	治療後	治療後1日目
食事	<ul style="list-style-type: none"> 食事制限はありません。 一般的な食事になります。 他に病気がある場合は、多少異なります。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療時間が 時 分からですので、(朝・昼)は(検査後・半分・全量)食べていただけます。 	<ul style="list-style-type: none"> 目がさめ、気分が悪くなければ水分をとっていただいても結構です。 その後、食事が可能です。 	
安静度	<ul style="list-style-type: none"> 活動制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 活動制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 足の付け根を圧迫固定し、病室へ戻ってきます。 病室に戻られてから約3時間圧迫します。 状態に応じてその後ベッド上安静です。 	<ul style="list-style-type: none"> 活動制限はありません。
排泄			<ul style="list-style-type: none"> ベッド上安静の時間帯は尿器での排尿になります。 	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 太もも・股周囲の毛を短く切ります。 			<ul style="list-style-type: none"> シャワーに入っていただけます。
薬	<ul style="list-style-type: none"> 手持ちの薬を一旦中止することがあります。その際はお知らせします。 21時に安定剤を飲んで頂きます。 			
検査・治療	<ul style="list-style-type: none"> 足の脈拍の触れる場所に印をつけます。 血圧、脈拍、体温などを測ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査の前に脈拍・血圧等を測ります。 治療1時間前に排尿をすませ、検査着のみ着用して、下着、時計、入れ歯などは、外しておいてください。 点滴の管を入れます。 治療1時間前(:)から点滴を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 心電図をつけます。 帰室後、血圧、脈拍測定、足の付け根からの出血がないかなど、全身状態の観察を行います。 圧迫している足がしびれたり、痛みが我慢できない時は、お伝え下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝に心電図を外します。 足の付け根の状態、足の脈が触れるかなど、全身状態の観察を行います。 足の付け根の消毒を行います。 点滴の管を抜きます。 心電図と心臓超音波検査を行います。
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> 医師が治療の説明を行いますので、お部屋でお待ちください。 その際、同意書を渡しますので、看護師に渡してください。 入院生活で分からない事があれば、看護師にお尋ねください。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療中、家族の方は、病室でお待ち下さい。 		<ul style="list-style-type: none"> 検査終了後退院となります。 
その他	<ul style="list-style-type: none"> 状況により、予定を変更する場合があります。 ご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ください。 		<ul style="list-style-type: none"> 治療後、安静時間が長く、腰の痛みやその他の苦痛などがありましたら、遠慮なく申し出下さい。体の向きなどを変えるなどお手伝いします。 	<ul style="list-style-type: none"> 次回外来診察日は退院時に別紙お渡しします。
総合的な機能 評価				

※状況により予定を変更する場合があります。
 ※ご不明な点がございましたら、遠慮なくスタッフまでお尋ね下さい。
 ※右記の金額は概算であり診療内容により金額が増減することがあります。
 ご不明な点は、各病棟入院担当までお問い合わせ下さい。

医療費概算
 一般3割負担の方→約30万～50万
 前期・後期高齢者3割負担の方→約10万～13万
 前期・後期高齢者1割負担の方→約5万円
 (限度額適応認定書をご提示により限度額でのお支払いが可能となります)

患者氏名 _____
 同席者氏名 _____