

【アブレーション治療】
入院診療計画書

疾患名

看護師
薬剤師
栄養士

ID
氏名

病棟(病室):

	月 日	1月1日		1月2日	1月3日
	入院日	治療当日(前)	治療当日(後)	治療後1日目	治療後2日目
目標	治療に対する不安がない 治療の必要性を理解している	めまい、胸痛、動悸がない 安静の必要性を理解している			
内服	持参薬を確認します 現在内服中のお薬は指示に従ってください	指示した内服薬のみを服用してください		胃薬を服用します	
点滴 注射	検査1時間前から点滴を開始します	検査終了後、点滴を抜きます			
検査	冠動脈CT血管造影検査をします 経食道心エコー検査をします	心電図検査をします		採血をします 心電図検査をします 胸のレントゲンを撮ります	
処置	1日2回検温します 心電図モニターをつけます (退院まで) 尿の管を入れます	1日2回検温します	治療後6時間後まで2時間毎に検温をします 出血・痛み・しびれなどが無いか確認します 6時間後圧迫テープをはずし、 消毒後カットバンを貼ります	尿の管を抜きます 1日2回検温します	
食事	エコー前は絶食です エコー後1時間後に飲食できます	朝から絶飲食です	夕食から食事再開します		
清潔	入浴できます	入浴・シャワーができません		入浴できます	
排泄			安静が解除されるまでベッド上で排泄します	尿の管が抜けたらトイレを使用できます	
安静	病棟内は歩行できます		帰室後ベッド上で6時間仰向けで安静にしてください	病棟内は歩行できます	
説明 指導	入院、治療についての説明があります		治療後の安静について説明します	治療結果について医師より説明します 退院に向けての指導があります 服薬指導があります	
症状				総合評価 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
本人・家族の要望			特別な 栄養管理の 必要性	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
看護計画等					

本人氏名	<input type="text"/>
親族又は代理人氏名	<input type="text"/> 続柄: <input type="text"/>

説明日 年 月 日 主治医氏名