

【脳血管造影検査】  
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	月 日	1月1日					1月2日
	入院当日	検査前日	検査当日(前)	検査当日(帰室後)	検査当日(1時間後)	検査当日(3時間後)	検査当日(6時間後)	検査後1日目
目標	検査の必要性、内容について理解できている 不安なく検査が受けられる							退院後の生活の注意点が分かる 異常の対処法、受診の方法が分かる
内服	持参薬を確認します 常用している薬はご持参ください							
点滴 注射			点滴をします					点滴終了です
検査	採血・レントゲン 心電図をとります							
処置		(下肢穿刺の方) 除毛します 足の甲(動脈)に印をつけます	検温・血圧測定します	2時間ごとに検温・血圧測定 をします			状態に応じて検温・ 血圧測定をします	圧迫していたバンドを (下肢穿刺の方は ガーゼ)を取り カットバンにします
食事	制限ありません		午前検査の方: 朝絶飲食 午後検査の方: 昼絶飲食		むかつきなれば 飲水できます	夕食から食べることが できます		
清潔		除毛後、入浴または 身体を拭きます						入浴できます
排泄			(下肢穿刺の方) 尿の管を入れます	(上肢穿刺の方) ポータブルトイレを使用		トイレ歩行できます (下肢穿刺の方) 尿の管を抜いた後、トイレ歩行できます		
安静	制限ありません			車椅子またはベッドで帰室します ベッド上安静です 検査で穿刺した場所は曲げないでください (下肢穿刺の方)仰向けです			(上肢穿刺の方) シーネを外して歩けます (下肢穿刺の方) 重りを取ります。足は曲げれません	止血の確認をした後、 歩くことができます
説明 指導	入院・検査について 説明します							検査結果について 説明します  退院です
症状						総合評価: 別紙参照		
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	続柄: <input type="text"/>

説明日 西暦 年 月 日 主治医氏名