

ペースメーカー植え込み術（入院診療計画書）

病棟： 階 診療科：循環器内科 主治医署名： 印

患者様氏名： ID： 病名： 症状： 主治医以外の担当者：

手術内容： 推定入院期間：10日間 特別な栄養管理の必要性： 有 無 説明日/説明立ち会い者： 月 日 /

●入退院受付①に 月 日 9時 10時にお越し下さい。

●承諾書を入院当日持参して下さい。

日付	/ ( )	/ ( )	/ ( )		/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( ) ~
	外来～入院前日	1日目（入院当日）	2日目（治療当日）		3日目（術後1日目）	4日目（術後2日目）	5日目（術後3日目）	6日目（術後4日目）	7日目（術後5日目）～退院
			術前	術後					
目標	治療に対する心身の準備ができ、治療について理解できる。	安全・安楽に治療を受けることができる。	安静を守ることができる・注意点を守ることができる・合併症が起こらない。（創部の感染、出血、疼痛）						退院後の生活について理解出来る。
モニター			心電図を装着します。 						一週間後のペースメーカーチェック後、心電図を外します。
安静度	制限はありません。	制限はありません。	入室時は車椅子で検査室へ行きます。	帰室後よりベッド上ギャッジアップを行うことができます。	レントゲンで確認後、室内トイレまで動くことができます。	室内を自由に動くことができます。	病棟内を自由に動くことができます。		
固定			バストバンド(タオル使用)で固定します。				医師の許可ができれば、バストバンドを外します。		
左腕の挙上				挙上することはできません。	肘より下は動かすことができます。		制限がなくなり挙上できます。		
食事	塩分や脂質の摂り過ぎに注意し、バランスのよい食事を心がけて下さい。	塩分を制限した病院食を提供します。	食事・飲水は裏面を参照してください。	帰室直後より飲水ができます。異常がなければ食事を摂って頂けます。					
清潔	左胸部から背中にかけて丁寧に洗って来て下さい。		看護師が介助させていただきます			部分的に介助させていただきます。	自己で可能です。看護師介助で洗髪ができます。	自己にて全て可能です。	医師の許可が出ればシャワーをして頂けます。
排泄	制限はありません。	制限はありません。	尿の管を入れます。		尿の管を抜きます。		トイレまで行けます。		
薬剤	現在飲まれているお薬を準備してください。	現在飲まれているお薬を持参してください。	数日間、点滴もしくは内服が始まります。						
指導				入院中に薬剤師・管理栄養士より、必要時、お薬・食事について説明があります。					
看護計画		<ul style="list-style-type: none"> <li>●入院生活や治療の流れについて説明させていただきます。不明な点などがあれば遠慮せずおっしゃってください。</li> <li>●症状の観察をさせていただき、異常の早期発見に努めます。</li> <li>●検査の目的や準備をわかりやすく説明させていただきます。</li> </ul>							
患者様及びご家族への説明	●喫煙されている方は入院中禁煙していただきます。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●この入院診療計画書を必ず持参下さい。</li> <li>●検査・治療時は家族の待機が必要です。</li> <li>●治療後も安静が守れないなどの理由により付き添いをお願いすることがあります。</li> <li>●承諾書の確認を行います。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●検査・治療中、家族様は検査室前でお待ちいただくようお願いします。</li> <li>●検査終了後、家族様は帰って頂けますが、状態に応じて付き添いをお願いすることがあります。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医師の指示にて創部の消毒を行います。</li> <li>●身体障害者の手続きの説明をさせていただきます。</li> <li>●脈の取り方、退院後の生活について説明させていただきます。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>●医師の許可があれば退院となります。</li> <li>●ペースメーカー手帳をお渡しします。</li> </ul>			

注1) この計画書は現時点で考えられるものであり、病状や検査等を進めていくにしたがって今後変わり得るものです。その際には、再度ご説明いたします。

注2) 患者様には、治療法を選択する権利があります。セカンドオピニオン(他の医療機関の意見)をお聞きになられたい場合は、遠慮なく申し出て下さい。

入院にあたり、病状、治療計画の説明を受け、了承しましたので治療内容に同意します。

同意年月日 年 月 日 患者氏名 説明を聞いた親族等の氏名

## 《検査当日についての説明》

検査時間	<p style="text-align: center;">検査予定時間                  ( 午前 ・ 午後 )                  ( 例目 ) ( : 頃 )</p> <p style="text-align: center;">検査開始時間は緊急検査や前の患者様の進行状況などにより前後・変更する場合があります</p>	
食事について	朝食	朝食は ( 絶食 半分 軽食 全量 ) になります
	昼食	昼食は ( 絶食 半分 軽食 全量 ) になります
	夕食	夕食は ( 絶食 半分 軽食 全量 ) になります
飲水中止の時間について	朝絶食の場合	8時～飲水はできません
	昼絶食の場合	12時～飲水はできません
	昼半分の場合	13時～飲水はできません
排泄について	尿の管 (有・無)	おしっこの管を入れることがあります <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
内服について	<p style="text-align: center;">内服薬は検査前に一時中止、変更する場合があります                  少量の水で飲んでください                  中止薬は ( 有 ・ 無 )                  ( )</p>	

## 《検査について》

処置	帰室後に心電図をとります
食事について	食事は一時間後の ( : ) から食べられます