


患者氏名【 様】

パス名: PCI (経皮的冠動脈形成術)3泊4日コース

経過	入院決定日(外来受診)	入院日(治療前日)(月 日)	治療当日(月 日)	治療翌日(月 日)	退院日(月 日)
食事	<ul style="list-style-type: none"> 通常通りの食事です。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院食以外の飲食は、控えてください。 塩分6gの食事です。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療前から絶食です。(詳細は治療後に説明します。) 	<ul style="list-style-type: none"> 病院食以外の飲食は、控えい。 塩分6gの食事です。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院食以外の飲食は、控えてください。 塩分6gの食事です。
内服薬	<ul style="list-style-type: none"> 中止する薬がある場合があります。 日頃、のんでいるお薬やインスリンなど使用している方は、お知らせください。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院中、お薬は病棟管理とさせていただきます。 持参されたお薬は飲まないようにしてください。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示により、中止する薬剤があります。(詳しくは、入院後に説明します) 	<ul style="list-style-type: none"> 通常通りの薬です。 場合によってはお薬の内容を変更することがあります。 	<ul style="list-style-type: none"> 通常通りの薬です。 場合によってはお薬の内容を変更することがあります。
検査処置観察		<ul style="list-style-type: none"> 血圧、脈拍、体温など計ります。 夜勤の看護師が1日の排便・排尿の回数を確認します。 両足の付け根・手首の毛を剃ります。 	<p>治療前</p> <ul style="list-style-type: none"> 治療前から点滴を始めます。 治療前に内服薬があります。 足からの場合は、尿道に管を入れます。 手首からの場合は、麻酔作用のあるテープを貼付します。 検査前に排尿を済ませてください。 検査着に着替え、ベッドで検査室にいきます。 * 治療前は、時計・アクセサリー・義歯外しておいてください。 <p>治療後</p> <ul style="list-style-type: none"> 部屋に戻ったら、心電図モニターを装着します。 治療時に管を刺したところの観察をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 血液検査があります。 心電図検査があります。 血圧、脈拍、体温測定などがあります。 治療時に、管を刺したところの観察をおこないます。 	<ul style="list-style-type: none"> 特にありません。
安静度	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。 	<p>足からの場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ベッド上安静です。(30度挙上可) 創部止血確認するまでは、ベッド上排泄です。 止血確認し、圧迫ガーゼ除去後は、トイレまで歩行可能です。 <p>手からの場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 帰宅後よりトイレのみ歩行可能です。 	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 毛を剃った後は、シャワー浴をお願いします。 	<ul style="list-style-type: none"> 体を拭きます。 	<ul style="list-style-type: none"> まだシャワー浴できませんので、体を拭きます。 	<ul style="list-style-type: none"> シャワー浴できます。
説明	<ul style="list-style-type: none"> 医師より治療について同意書の説明があります。 入退院支援センターにご案内します。 入院までの生活についてお伺いします。(緊急連絡先、生活習慣等) 入院生活について説明があります。(必要書類等) 障害年金手帳・介護保険認定証など、お持ちの方は、次回ご持参ください。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師より治療について説明をします。 看護師より治療までの予定を説明します。 入院に必要な書類の確認をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療中、ご家族の方は待機指示された場所でお待ちください。必要時ご連絡いたします。 医師より、治療結果の説明や今後の治療方針、退院についての説明があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院費の計算を行います。 看護師より退院後の生活について説明します。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院費のお支払いを確認後、看護師より受診予約票・紹介医師への手紙・お薬等をお渡りする時があります。(担当看護師より説明します)

ご意見 ご要望	<ul style="list-style-type: none"> 何か、ご不明な点があれば、看護師へお尋ねください。 	計画説明日	計画説明者
		年 月 日	
		同意者ご署名	ご本人以外の場合は、患者様との関係