













様

病名

症状

年 月 日

入院病日経過	入院～治療前日	治療当日	治療後1日目(退院日)
月 日	/	午前・午後()番目	/
目標	風船治療について理解ができる	不安や痛みを表出し安静を守ることができる	合併症が起きず日常生活の知識を身につけ退院できる
指導・説明	<ul style="list-style-type: none"> 治療当日までに医師からの説明があります。(御家族も一緒に) 看護師から説明があります。 希望時、栄養士より食事指導が受けられます。 必要時ストロー又は横のみ   <p>特別な栄養管理の必要性 有・無</p>	<p>《治療前》</p> <ul style="list-style-type: none"> 治療前1食は禁食、治療後1食はおにぎりになります。 治療前の薬は少量の水で飲んで下さい。 禁食時は医師の指示で糖尿病薬とインスリン注射が止まります。 胸に心電図を貼り、点滴、必要時尿管を入れます。 血圧、脈拍などの測定を行います。 貴金属、入れ歯等、身に付けている物をすべて外して下さい。(穿刺部が手首と肘の場合)  	<ul style="list-style-type: none"> 40歳以上の方は、別紙《総合機能評価表》を用いて総合的な機能評価を行う場合があります。 退院後の日常生活や再診日について看護師から説明があります。 
食事	<ul style="list-style-type: none"> 塩分制限食に慣れましょう(塩分6g)  	<ul style="list-style-type: none"> 塩分制限食に慣れましょう(塩分6g) →穿刺部に印を付け局所麻酔のテープを貼ります。(穿刺部が足の付け根の場合) →穿刺部周囲を除毛し、足の甲に印を付けます。 下半身は全て脱ぎ長寝巻をかけます。 1階の血管造影室へベッド又は車いすで行きます。 治療後、医師の指示により集中治療室に行くこともあります。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示で、内服薬の調整が行われることもあります。 薬剤師から薬の説明があります。  
点滴注射内服薬	<ul style="list-style-type: none"> 内服薬やインスリン注射、お薬手帳を持参し、看護師に渡して下さい。 医師の指示により中止になる薬もあります。 医師の指示により腎臓を保護する目的で点滴をする場合があります。 	<p>留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> 治療中・治療後の安静中に胸部症状がありましたらすぐに知らせて下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 穿刺部を消毒し絆創膏を貼ります。 退院翌日から入浴が許可になります。 
検査活動処置	<ul style="list-style-type: none"> 血圧・脈拍・体温・体重測定を行います。 入浴が許可されている方は可能です。  	<p>《治療後》</p> <ul style="list-style-type: none"> 血圧、脈拍などを測定し心電図をとります。 ベット上安静です、出血を防ぐためにとっても大切です。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院当日に外来棟1階⑤お支払(退院精算)で精算して下さい。(休診日の場合は入院棟1階、28番救急外来受付になります。) ※概算は退院前日にお知らせします。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 眠れない時は申し出て下さい。 胸部症状がありましたら看護師に伝えて下さい。 検査前日朝9時～治療終了までの飲み物は、お水または白湯だけにして下さい。コーヒー、紅茶、日本茶、コーラ、チョコレート等カフェインを含む飲食物を取らないで下さい。 	<p>【穿刺部位による安静時間】</p> <ul style="list-style-type: none"> 手首・肘の場合:1時間 足の付け根の場合:3～6時間(医師の指示により重りを乗せ圧迫したり、安静時間も異なります。) <ul style="list-style-type: none"> 医師の指示により点滴が続く場合があります。 医師から治療結果の説明があります。(御家族も一緒に) 	

(主治医) 印

(主治医署名)

※主治医の押印がある場合は不要

主治医以外の担当者

(看護師)

(薬剤師)

(栄養士)

年 月 日

病 棟	6階みなみ 入院 フロア
主 治 医	
退 院 日	月 日
退院後の治療計画	<input type="checkbox"/> 当院当科外来で通院治療を行います。 <input type="checkbox"/> 他院 () で通院治療を続けます。 <input type="checkbox"/> その他
退院後の療養上の留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・規則正しい通院 ・塩分制限 <input type="checkbox"/> その他
保健医療サービス又は福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・特にありません
そ の 他	