










脳血管造影入院診療計画書（股）

平成24年8月改正

患者さんのお名前

主治医名

看護師名

	検査当日	検査後	検査後1日目
患者様の目標	不安なく検査を受けることができる	合併症がなく経過する	
薬と注射	常備薬があれば、医師か看護師にお知らせ下さい 糖尿病治療薬を飲んでいる方は、検査を受ける2日前から中止する場合があります	 左手より点滴をします 点滴が終了する時間は、状態によって変わります	
処置	除毛します 検査前に検温します	検査後、3時間後、21時に検温します 検査3時間後シーネを外します （止血コロは明朝までつけたままです）	6時、10時に検温します 医師が消毒をします
食事	常食（必要時治療食）が出ます 	昼食は絶食です 	1時間後より飲水可能です検査終了3時間後から嘔気がなければ、夕食は摂れます 
排泄	尿の管が入ります検査用のショーツを着用します		尿の管が抜けてトイレへ行けます
清潔	シャワーできます	シャワーできません	翌日よりシャワーができます
検査			
活動	病院内自由です 	ベッド上安静ですベッドは30度まで起こせます 横になったまま食事できます	検査6時間後自力で寝返りできます 翌朝まで足を伸ばした状態で安静を保ちます 病院内自由です
説明	  医師、看護師より説明をします	病室にて外しましょう （眼鏡・時計・義歯等）	  医師より説明をします 次回受診日の説明をします
栄養 褥瘡 料金概算	<ul style="list-style-type: none"> 特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 褥瘡の有無 現在 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 過去 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 日常生活自立度 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>準寝たきり <input type="checkbox"/>寝たきり <p> ■診療費概算(医事課) ●疾患や手術内容により金額はことなります。詳しく知りたい方は担当者に申し出てください。 ●高齢者医療証をお持ちの方は、一月のお支払い限度額が44,400円となります。 ●限度額適用認定証をお持ちの方は一月の診療費が80,100円を超えた場合は一定の計算割合にて自己負担限度額が計算されます。(所得等の状況により診療費限度額は変わります。) ●福祉医療を受けておられる方は健康保険分の診療費はありません。 ●食事代は1食につき260円となり個人負担となります。 ※上記はあくまでも概算となっておりますので、参考にしてください。 </p>		

上記のとおり説明を受けました 年 月 日

患者本人署名

親族または代理人署名

続柄



①PATI ENT1 DC032 ②PATI ENTSELECTEDSECT1 QNCODE@SYSAT @SSTM706001 @USER1 D@PATI ENTWARCODE