

脳血管造影入院診療計画書（股）

患者さんの名前

予定入院期間： 入院病棟：

傷病名① 傷病名②

症状 事前検査による異常所見
 患部の自覚症状
 (頭痛 嘔気 めまい)

担当医 副担当医 看護師 薬剤師

日付	検査当日	検査後	検査後1日目
患者さんの目標	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 自立度	・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	■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。 ※上記はあくまでも概算となっており、実際に行った診療内容や日数の増減によって金額が変わることがあります。 ●医療費が高額になった場合、「限度額適用認定証」をご利用いただくことで、窓口での支払負担が既定の金額で済みます。 所得により限度額は異なりますので、ご加入の保険者で手続きされる際にご確認ください。 ※認定証は申請した月より適応となりますので手続きはお早目をお願いいたします。なお、同意をいただければオンライン資格確認にて限度額の即日確認が可能です。 ●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。 ●食事代は個人負担となります。(所得により負担額は異なります)
-----------------	--	--

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



@PATIENTIDC032@PATIENTSELECTEDSECTIONCODE@SYSAT@SSTME732001 @USERID@PATIENTWARCODE