

様予定表

立案日 _____

経皮的な筋焼灼術クリニカルパス(当日治療)

主治医は _____ 医師

担当看護師は _____ です

	当日(治療前)	当日(治療後)	1日目	2日目(退院日)
月日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日
処置 治療 観察	<p>これまでに服用している薬を確認します 薬によっては、変更したり中止する場合があります 心電図モニターをつけます 治療の予定時間は(): ()です 30分前から準備を始めます 治療前に点滴をします</p> 	<p>点滴をします 心電図モニターをつけます</p> 	<p>心電図モニターをつけます</p>	
検査	<p>採血・心電図検査をします</p> 	<p>心電図検査・心エコー検査・レントゲン検査をします</p> 	<p>採血・心電図検査をします</p> 	
活動	<p>治療前に入浴しましょう 治療予定時間30分前からベッドで安静にします</p> 	<p>治療後は安静制限があります(別紙にて説明します) 制限によっては、ベッド上排泄となる場合があります</p> 	<p>特に制限はありません 入浴ができます 一般トイレを使用できます</p> 	<p>特に制限はありません 一般トイレを使用できます</p>
リハビリ	<p>ありません</p>			
食事 栄養	<p>治療の時間に合わせて、食事制限があります</p> 	<p>病棟帰室1時間後より食事ができます</p> 		<p>治療食です(朝食まで)</p>
説明 教育	<p>主治医、病棟看護師が説明します 治療中、御家族の方は病室でお待ち下さい</p> 	<p>主治医が治療結果と今後の方針について説明します</p> 		<p>退院書類をお渡しします 退院後の注意点について説明します</p> 
痛み に関する こと	<p>毎日、痛みの程度を0~10の11段階で確認します 痛みがある場合は、我慢せずに看護師にお伝え下さい</p>	<p>痛みに関する目標</p> 		
看護師 サイン				

* 状況に応じて内容が変更になる場合がございますのでご了承ください。ご不明な点がございましたら、いつでもお尋ね下さい。