

	当日(治療前)	当日(治療後)	1日目(退院日)									
月日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日									
処置 治療 観察	治療の予定時間は( : )です 30分前から準備を始めます 治療時に点滴をします 	点滴をします 心電図モニターをつけます 										
検査		帰室後、心電図検査をします 	採血・心電図検査をします 									
活動	治療予定時間30分前からベッドで安静にします 	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 	特に制限はありません シャワー浴ができます 一般トイレを使用できます 									
リハビリ	ありません											
食事 栄養	治療の時間に合わせて、食事制限があります 	病棟帰室1時間後より食事ができます 水やお茶など、水分を多めに摂りましょう 	治療食です(朝食まで) 									
説明 教育	治療中、御家族の方は病室でお待ち下さい 	主治医が治療結果と今後の方針について説明します 	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 									
痛み に関する こと	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 style="text-align: center;">痛みに関する目標</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 痛みの程度(NRS)</td> <td>_____</td> <td>以下で過ごすことができる</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 痛みなく睡眠できる</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 安静時に痛みがない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 体動時に痛みがない</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 痛みの程度(NRS)	_____	以下で過ごすことができる	<input type="checkbox"/> 痛みなく睡眠できる		<input type="checkbox"/> 安静時に痛みがない	<input type="checkbox"/> 体動時に痛みがない		<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 痛みの程度(NRS)	_____	以下で過ごすことができる										
<input type="checkbox"/> 痛みなく睡眠できる		<input type="checkbox"/> 安静時に痛みがない										
<input type="checkbox"/> 体動時に痛みがない		<input type="checkbox"/> その他										
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。ご不明な点がありましたら、いつでもお尋ね下さい。