

&lt;&lt;ORIBP KANJI&gt;&gt; 様予定表

ID &lt;&lt;SYPID&gt;&gt;

立案日 &lt;&lt;DYTODAY&gt;&gt;

アブレーション(心房細動・非通常型心房粗動)3泊4日前日入院

主治医は &lt;&lt;ORDCT S.M&gt;&gt;

医師

担当看護師は

です

|                  | 前日                                                                                                                                                 | 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                                                                                                                          | 月 日 曜日                                                                                               |
| 処置<br>治療<br>観察   | これまでに服用している薬を確認します<br>薬によっては、変更したり中止する場合があります<br>心電図モニターをつけます<br> | 治療の予定時間は( : )です<br>治療前に点滴をします<br>                                                                                               | 点滴をします<br>心電図モニターをつけます<br>医師の指示があるまで、酸素をつけます<br>                                                            | 心電図モニターをつけます<br>鼠径部縫合がある場合は抜糸をおこないます                                                                                            |                                                                                                      |
| 検査               | 採血・心電図検査<br>                                                      |                                                                                                                                                                                                                  | 心電図検査・心エコー検査・レントゲン検査<br>  | 採血・心電図検査<br>                                 |                                                                                                      |
| 活動               | 特に制限はありません<br>一般トイレをご使用ください                                                                                                                        | 治療前にシャワー浴に案内します<br>治療予定時間30分前からベッドで安静にします<br>  | 治療後は安静制限があります(別紙にて説明します)<br>制限によっては、ベッド上排泄となる場合があります<br>                                                    | 特に制限はありません<br>シャワー浴ができます<br>一般トイレを使用できます<br> | 特に制限はありません<br>一般トイレを使用できます                                                                           |
| リハビリ             | ありません                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                 |                                                                                                      |
| 食事<br>栄養         | 夕から食事を開始します<br>                                                  | 治療方法と時間に合わせて食事・飲水制限があります<br>                                                                                                  | 治療方法によって食事・飲水の制限が異なります<br>看護師が説明をおこないます<br>                                                                |                                                                                                                                 | 治療食です(朝食まで)                                                                                          |
| 説明<br>教育         | 主治医、病棟看護師が説明します<br>                                             | 治療中の待機方法について看護師より説明します<br>                                                                                                    | 主治医が治療結果と今後の方針について説明します<br>ご家族には電話で説明します<br>                                                              | 退院後の注意点について説明します                                                                                                                | 退院書類をお渡しします<br> |
| 痛み<br>に関する<br>こと | 毎日、痛みの程度を0～10の11段階で確認します<br>痛みがある場合は、我慢せずに看護師にお伝え下さい<br>        | 痛みに関する目標<br><input type="checkbox"/> 痛みの程度(NRS) _____ 以下で過ごすことができる<br><input type="checkbox"/> 痛みなく睡眠できる<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                      | <input type="checkbox"/> 安静時に痛みがない                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 体動時に痛みがない                                                                                              |                                                                                                      |
| 看護師<br>サイン       |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                 |                                                                                                      |

\* 状況に応じて内容が変更になること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。