











# 入院診療計画書

ID

患者氏名	様
病名(他に考え得る病名)	下肢閉塞性動脈硬化症
手術内容及び日程	経皮的四肢血管拡張術 ( 月 日 )
検査内容及び日程	下記の日程で行う予定です
症状	足の痛み

入院日

説明日	年 月 日
推定される入院期間	4日間
病棟(病室)	
診療科名	心臓血管内科

治療計画	1日目 入院日	2日目 手術前	2日目 手術後	3日目 術後1日目	4日目 退院日
達成目標	脈や血圧などが安定している 心臓カテーテル治療の準備ができる 手術の必要性を患者・家族が理解し 同意する	脈や血圧などが安定している	脈や血圧などが安定している 合併症がない 検査後の安静と圧迫止血について理解できる	脈や血圧などが安定している 合併症がない 退院時指導が理解できる	胸部症状がない 退院後の生活に不安がない
食事		検査1時間前まで水分がとれます 検査時間により食事は変わります	検査直後より水分がとれます 検査1時間後から食事可能です 		
薬・注射	お薬は引き続き飲んでください 糖尿病薬については説明があります 夜眠れないときはお知らせください	点滴を開始します (開始前にシャツを脱いでください)	点滴を終了します 痛みが強ときや眠れないときは お知らせください 		
処置 検査	必要時、毛を剃ることがあります	1階放射線科で行います 車いすで行きます 	検査後出血しないように強く圧迫しています。 しびれや痛みがありますが、 治療部位には触らないでください	採血があります 	
清潔 活動	病棟内は自由に歩けます 		治療した方の足は曲げられません ベッドの上で安静にしてください	治療部位を医師が診察します 診察後病棟内歩行できます	病棟内は 自由に歩けます 
	シャワーにお入りください 	シャワーは入れません 		異常がなければ シャワーに入れます 	
説明	主治医より説明があります。 ご家族の方と一緒にお願いします。 また看護師より検査の流れと 注意点の説明があります	胸の痛みや吐き気、冷や汗、生あくびなど気分が悪い時には、 すぐに、ナースコールを押してください 資料がそろい次第、治療の結果を医師が説明します		パンフレットをお渡しします 退院後の注意点などを 説明します	
特別な栄養管理の必要性	あり		在宅復帰支援担当者名		
その他 ・看護計画・リハビリテーション等の計画	・円滑な治療への支援を行います ・治療後心臓リハビリを行っていきます		在宅復帰支援計画		
			総合的な機能評価	なし	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

主治医氏名  印  
主治医以外の担当者名

本人・家族