

電氣的除細動を受けられる ( \_\_\_\_\_ ) 様入院計画表 (患者ID: \_\_\_\_\_ ) 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 岡山赤十字病院 病棟 ( \_\_\_\_\_ ) (循環器内) 科 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 患者様(代理人) 署名 \_\_\_\_\_

		月 日			月 日 ~ 月 日	
		入院当日	治療当日		治療翌日 ~退院まで	
			治療前	治療中	治療後	
目標		<ul style="list-style-type: none"> <li>治療の内容が理解できる。</li> <li>治療に対する不安が軽減できる。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>合併症が出現しない。</li> <li>退院後の生活について説明を受け理解できる。</li> </ul>	
説明	医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医より治療説明をします。(家族の方も同席してください。)</li> <li>治療同意書を書いていただきます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_____ : _____ より治療を開始します。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>治療結果の説明をします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の生活についてお話しします。</li> </ul>
	看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>家での生活についておたずねします。</li> <li>入院生活の説明をします。</li> <li>電氣的除細動について説明をします。</li> </ul>				
検査		<ul style="list-style-type: none"> <li>心電図</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>心電図</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>心電図</li> </ul>	
治療 処点 内服		<ul style="list-style-type: none"> <li>内服薬は、医師の確認後、看護師より説明します。</li> <li>身長、体重、血圧測定などをさせていただきます。</li> <li>モニター心電図をつけて不整脈を監視して対応します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療1時間前より点滴を開始します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療時、胸に衝撃があるため、鎮静の注射をし、眠って頂きます。</li> <li>眠っている間に電氣的除細動を行います。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>除細動後は、胸が軽くやけどを起すことがあります。冷たいタオルで冷やします。</li> <li>薬は、変更する可能性があるのので、医師の確認後、看護師より説明します。</li> <li>適宜、血圧、脈拍、治療部位の状態を観察していきます。</li> </ul>	
安静度		<ul style="list-style-type: none"> <li>院内は自由です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>開始30分前に心臓専門集中治療室へ車椅子で移動します。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>おちつくまでベッド上で休んで頂きます。医師の許可が出たら、元の病室に車椅子で戻ります。それから、元の安静度となります。</li> </ul>	
食事		<ul style="list-style-type: none"> <li>治療食(減塩・カロリー制限)</li> <li>コーヒー、ジュース、果物、菓子などの間食は厳禁です。</li> </ul>				
清潔		<ul style="list-style-type: none"> <li>入浴できます。</li> </ul>				
排泄		<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟のトイレです。</li> </ul>				

岡山赤十字病院 開始年月：H18.08 改正年月：H19.03

特別な栄養管理の必要性 有・無 (どちらかに○)  
 総合的な機能評価： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助