

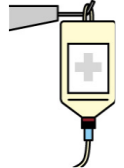




脳血管撮影検査を受けられる \_\_\_\_\_ 様へ

担当医 \_\_\_\_\_

看護師 \_\_\_\_\_

検査当日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分に 御家族の方と一緒に2階血管造影室回復室受付にお越し下さい

| 日時       | ( / )検査前日   | 検査当日( / )検査前   | 検査中( / )   | ( / )検査終了後  | ( / )検査翌日・退院  |
|----------|---|--|--|---|---|
| 処置<br>診察 |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>検査着に着替えます</li> <li>金属類や入れ歯は外して下さい</li> <li>検査前にトイレを済ませて下さい</li> </ul> | <p>検査中は手のひらを上に<br/>して腕をのばしたまま動か<br/>すことはできません。<br/>検査中に気分が悪いなど<br/>何かあれば、声に出して<br/>すぐにお伝え下さい</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>検査後は止血・安静保持のため<br/>腕をバンドで固定させていただきます</li> <li>午後9時に包帯をはずします</li> </ul>   | <p>医師の回診後に退院ができます</p>                                    |
| 薬<br>点滴  | <ul style="list-style-type: none"> <li>内服薬のある方は続<br/>けて飲んでください</li> <li>中止薬( / ~ / )<br/>まで<br/>飲まないで下さい</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>医師の指示通り内服して<br/>下さい</li> <li>点滴は検査前に始めます</li> </ul>                   |                 | <p>点滴は予定量が終わるまで続け<br/>ます</p>  | <p>薬剤師より薬の説明があります。<br/>内服は指示通りに内服して下さい</p>  |
| 飲食       | <ul style="list-style-type: none"> <li>いつも通りにお摂り<br/>下さい</li> </ul>  | <p>朝食は普通にお摂りいただき<br/>以後水分のみにして下さい<br/>昼食は摂れません。</p>  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>検査後より飲食は出来ます</li> <li>検査後の食事は 片手で食べら<br/>れる食事となります</li> <li>検査で使用した造影剤を排泄す<br/>る為、水分を多めに摂って下さい</li> </ul>                            |   |
| 活動<br>安静 | 制限はありません  |                            | <p>検査台は狭いので動けま<br/>せん。ご要望があれば<br/>お伝え下さい</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>検査した部位は、固定している間<br/>あまり曲げないで下さい<br/>(固定部位以外は動かさず)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>検査部位の出血等がなければ<br/>普段通りのの生活をして下さい</li> <li>退院後の入浴は出来ます</li> </ul>                                     |
| その他      | <p>持ち物<br/>診察券 保険証<br/>検査同意書 印鑑<br/>入院証書 スリッパ<br/>下着(半袖シャツ)<br/>パジャマ 洗面道具<br/>コップ 内服薬</p>   | <p>御家族は検査終了までお待ち<br/>いただきます(約1.5時間)</p>  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>検査後気分が悪くなったり、検査<br/>した部位の痛み・痺れ・出血が<br/>ありましたら看護師にお知らせ<br/>下さい</li> <li>夕方、医師より検査結果の説明<br/>があります(場合によっては翌日<br/>になることもあります)</li> </ul> | <p>次回の予約を確認し、診察券をお返します</p> <p>上記入院中の療養支援計画について説明を受けました</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>本人または家族の署名 _____</p> <p>この説明用紙は入院時もお持ちください</p> |

DPCコード

010070xx9910xx

脳血管障害 手術なし 処置1:動脈造影カテーテル法(選択的に造影撮影) 処置2

2018. 3. 26 改訂