	入院診療計画書	<u>:</u> T	下肢動脈形成術	(鼠径	部穿刺)] ID	
【 病名 【 主治		】【 手術/検査内容 】【 担当医		成術(鼠径) 司 村井 :		【 【	様
【 特別	 川な栄養管理の必要性 ◎有・(無)		全ての入院患者様の栄養評 ・	価を行い必			
_	る的機能評価 ☑ なし □ あ		親間等は、現時点で考え	_			
経過	入院日(治療前)	入院日((治療後)	2 E]目(治療翌日)	3日目	(退院日)
日時							
目標	治療について不明点を聞くことが出来る。	・足の痛みがNRS・フェイススケール3以下で過ごすことができる。 ・足のしびれ・腫れ・出血がない。					
食事	治療2時間前より絶食になります。 飲水は(カフェイン以外)直前まで可能です。	治療1時間後より食事が可可能。安静が必要となるた		食事可能		食事可能	
検査							
治療処置	治療前に点滴を始めます。 両足の付け根の除毛をします。 必要時、尿カテーテルを挿入します。 入れ歯、指輪、ヘアピンなど金属類は 外します。 ※眼鏡や補聴器は装着したまま治療室 へ入室しても大丈夫です。		雨が外します。 で、テープは外さないで下さり	声をかける	足の付け根のテープ		
安静度	制限はありません。 治療1時間前には病室内でお待ち下さい。 治療室へは、徒歩で移動します。	起き上がり、寝返り、足を動かすことはできません。 安静に必要な時間は看護師から説明します。		安静時間が過ぎ、穿刺部の 状態に問題がなければ 歩行可能です。 看護師がお伝えします。		制限はありません。	
説明指導	造影剤や薬、消毒アレルギーがある場合 は事前にお伝え下さい。	治療結果の説明は、治療等 疼痛のある場合は鎮痛剤		薬や食事について説明があり ます。		退院は午前中(10時以降)となります。 退院後の注意点は別紙を参照して ください。 (退院時にお渡しします。)	
上記、入院	診療計画について十分な説明を受けまし	たので同意いたします。	同意年月日		〈西暦〉	年	月 日
本人/新または代理/		主治医		印	説明看護師		