

ID

様

生年月日






病名

肝細胞癌血管塞栓術を受ける方へ
入院予定表

主治医

説明医

立会い看護師

| | 入院日 | 治療当日 | 検査後1日目 | 検査後2日目 | 検査後3日目 | 検査後4日目 | 検査後5日目 | 検査後6日目 | 退院日 |
|--------------------|--|---|---|-----------|-----------------------------|--------|-----------------|-----------------|--|
| 治療・処置 | 治療の妨げになる部分の毛を剃ります。 | 検査前に尿の管を入れます（状況に応じて治療当日または翌日に尿の管を抜きます）。 治療は1～2時間かかります。 検査後、出血予防のために検査部位を布テープで固定し、その上から重しを乗せます。 | 検査部位の固定をはずして絆創膏を貼ります。 | | | | | | |
| 点滴・注射・飲み薬 | 普段のお薬は続けて下さい。 排便なければ坐薬をいれます。 | 血圧、心臓病のお薬がある人は朝6時に内服して下さい。 点滴が3本あります。 | | | | | | | |
| 検査 | | | 採血があります。 | | 採血があります。 | | | 採血があります。 | |
| 日常的なケア | 体温、血圧、脈拍を測ります。 | | 尿量を測ります。 | | | | | | |
| 食事・栄養 | 夕からお食事が出来ます。  | 【午前検査の場合】  朝食 朝9時まで 【午後検査の場合】  昼食 昼12時まで ※朝9時の治療の場合は朝7時まで水分可 検査後は安静のために食事は寝たまま召し上がって下さい。 | 朝からお食事が出来ます。  | | | | | | |
| 病院内の活動や安静 | 制限はありません。 | 検査後はベッド上安静です。 許可があるまで右足は曲げないで下さい。 検査終了4～6時間後に出血が無ければ固定ベルトを外して出血の有無を確認します。 検査後、排便はベッド上となりますのでナースコールでお知らせ下さい。  | 検査部位の処置が済むまではベッド上安静です。 | 制限はありません。 | | | | | |
| 入浴・シャワー | 毛を剃った後にシャワーできます。 | 体を拭けます。 | | | | | 熱がなければシャワーできます。 | | |
| 説明・指導・教育 | 医師が検査の説明をします。 説明後に同意書に署名していただきます。 | 医師が検査結果についてご家族に説明します。 | 薬剤師がお薬について説明します。 ※初めて血管塞栓術を受ける方が対象となりますが、希望される方はお申し出下さい。 | | 入院中に管理栄養士が肝臓食について栄養指導を行います。 | | | 医師が退院について説明します。 | |
| 痛みの対応 | 痛み止めの薬が使えます。 ※痛みがある時は我慢せずにお声がけ下さい。 | | | | | | | | |
| その他/留意点 | T字帯をご用意下さい。 心臓病、血圧、脳梗塞、糖尿病で治療されている方はお知らせ下さい。 特別な栄養管理の必要性があります。 ※入院時に栄養状態の評価を行い、必要に応じた栄養管理を行います。 | 検査1時間前になりましたら入れ歯・時計・メガネを外し、トイレを済ませて下さい。 検査前に看護師がT字帯の着用をお手伝いします。 検査後、気分が悪い時は我慢せずにナースコールでお知らせ下さい。 | | | | | | | 食事に注意して下さい。 排便は毎日あるように心がけ、排便時にお腹に力を入れないようにして下さい。便の色が普段と違う時は受診して下さい。 |
| ご要望やご希望があればご記入ください | | | | | | | | | |

上記の内容について説明を受けました。

患者氏名

家族氏名（続柄）

（自署の場合、押印不要です。）