

脊髄造影検査を受けられる患者様へ ー入院診療計画書ー

病棟 _____ 号室 _____ 患者氏名 _____ 様
 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 主治医 _____ 担当看護師 _____ 担当栄養士 _____

日付	(月 日)		(月 日)
	検査前	検査後	
患者目標	検査の準備が整う	造影剤による副作用がない 頭痛・吐き気がない 安静が保てる	次の治療方針が決定される
検査 処置	熱や血圧を測ります 	レントゲン室で脊髄造影をします その後CTをとります 検査後、熱や血圧を測ります (帰室後、1時間後、3時間後)	背中中の絆創膏を剥がします 
点滴 薬	検査の始まる前に点滴をします 	検査が終わり、特に問題なければ 点滴を抜きます	抗生剤の内服が処方されます 
安静度	検査の前は特に制限はありません	検査後は、3時間ベッド上での安静になります ベッドは水平にせず、頭の方を上げたままです (30度くらい上げた状態です) () 時まで 3時間たつて異常がなければ、歩いてもかまいません	午前中に退院できます
食事	朝食はあります 昼食はありません	検査終了後、吐き気がなければ食事が食べられます 	制限はありません
清潔	特に制限はありません 入浴される方は検査前に済ませて下さい		入浴できます
排泄	特に制限はありません	トイレの時だけ歩行可能です 検査後3時間は看護師が 付き添いますのでナースコールでお知らせ下さい	制限はありません
患者さん及び 御家族の方々 への説明	医師より検査の説明があります 承諾書をいただきますので印鑑を準備 して下さい (外来で承諾書を頂いてる場合は必要あり ません)	頭痛、吐き気、気分不良がある場合は看護師にお知らせ ください 医師より検査結果の説明をします	

川内市医師会立市民病院 整形外科 2011.7改正

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従って変わることがあります。

注2 入院期間については現時点で予想される期間です。

上記について説明を受けました 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者・家族署名: _____ 説明者署名: _____