

脳血管撮影検査・治療計画表(右上腕動脈)*検査入院用

患者名 _____ 殿

医師 _____

薬剤師 _____

看護師 _____

管理栄養士 _____ パス開始日 /

日付	外来	検査当日		検査翌日
	/	検査前	検査後	/
達成目標	検査について不安があれば聞くことができる 入院生活の準備ができています		検査部位の安静が守れる 痛みや出血、管を刺したところの腫れが あれば知らせることができる	痛みや出血、管を刺したところの腫れ があれば知らせることができる 日常の注意点について理解できる
点滴		検査前に点滴をします 	点滴は、無くなり次第終了します	
内服	内服薬を 確認します	 内服薬を確認します	指示されたお薬があります 	
処置			検査部位の止血を行い、右腕に固定器具を付けます 固定器具は、検査終了4時間後にはずします	検査部位の消毒をします
検査	採血やレントゲンなどの 検査があります	_____時 _____分に予定しています 検査前に排尿を済ませてください		
検温		検査前に、体温や血圧を測ります	決められた時間に、体温や血圧を測ります 	
安静		自由に動けます	自由に動けますが、 右手を曲げたり、強い力を加えないでください 	自由に動けます 右手の制限もありません
清潔		入浴またはシャワーに入れます 検査着に着替えます 		シャワーに入れます 
排泄			トイレを使用できます 尿の回数を伺います	
食事			検査後、吐き気がなければ食べることができます 左手でも食べやすいように、 主食はおにぎりになっています 	医師より 指示された食事が出ます 
説明内容		医師より、検査の説明があります 看護師より、入院生活について説明があります	医師より、検査結果の説明があります 	