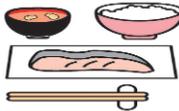
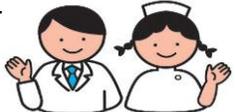


経過 月日	手術前日	手術前	手術後	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5～10日目退院	
目標	<ul style="list-style-type: none"> 治療について不安や疑問があれば伝えることができる 治療の必要性を理解し同意できる 		<ul style="list-style-type: none"> 不快な症状があれば伝えることができる 神経症状など術後合併症がみられない 					退院後の注意点がわかる	
治療		<ul style="list-style-type: none"> 点滴があります 血管撮影室で首に貼り薬を貼ります 	<ul style="list-style-type: none"> 帰室後24時までは1時間毎に血圧等を測ります 心電図モニターをつけます 	点滴があります					
検査				<ul style="list-style-type: none"> 血液検査 頭のMRI検査 		頭のレントゲン検査	血液検査		
安静度	制限はありません		<ul style="list-style-type: none"> ベッド上安静です 穿刺した足は動かさないで下さい 	医師の許可があれば病棟内を歩くことができます		病院内を自由に歩行できます 			
食事	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 固形物は()時までとれます 水分・電解質補給のための飲料を飲みます 	<ul style="list-style-type: none"> 絶食です 飲水は()時まで出来ます 水分・電解質補給のための飲料を飲みます 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後は、医師の許可があれば飲水できます 飲水開始時間はお知らせします 	医師の許可があれば昼より食事を開始します					
清潔	制限はありません			体を拭きます		シャワー浴ができます 			
排泄			血管撮影室で尿の管が入ってきます	歩行が出来れば尿の管を抜きます					
説明 指導	<ul style="list-style-type: none"> 麻酔科受診をします 入院に必要な書類を確認しオリエンテーションを行います 手術の流れ及び集中治療室の説明をします 手術の同意書を確認します 手術に必要な物品を確認します 	手術前に義歯、コンタクトレンズ、時計、アクセサリ等は外してください	<ul style="list-style-type: none"> 手術後ご家族へ医師より手術内容について説明がありますので院内で待機してください 術後痛みや苦痛があるときはすぐに教えてください 			<ul style="list-style-type: none"> 医師から病状及び療養に関する説明があります 薬剤師より服薬指導があります 看護師より生活指導があります 			

* 病状によって医師より安静度、清潔、退院日など変更される場合があります

* 分からないことがありましたら、その都度看護師にお聞きください

以上につき、____年 ____月 ____日 主治医から説明を受けました

患者署名: _____ 代理人: _____ (続柄 _____)