

未破裂動脈に対してのコイル塞栓術を受けられる方へ

患者名 _____ 様

主治医 _____

経過	入院	手術前日 月 日	手術当日		手術後		
			手術前 月 日	手術後 月 日	1日目 月 日	2日目 月 日	
処置治療		<input type="checkbox"/> 足背に印をつけます <input type="checkbox"/> 足の付け根周囲の毛を剃ります <input type="checkbox"/> 左腕にネームバンドをします <input type="checkbox"/> 家族の方へ 当日は _____ 時頃にお越し下さい。	<input type="checkbox"/> 手術は _____ 時から _____ 時間の予定です。全身麻酔で行います。 <input type="checkbox"/> 朝起床後に朝分の薬を内服  <input type="checkbox"/> 体を拭いた後病衣に着替えます（下着はつけません。身体に身につけているものはすべて外してください。） <input type="checkbox"/> 手術搬入2時間前に観察室に移動します <input type="checkbox"/> 手術搬入前に全身麻酔を導入します <input type="checkbox"/> ベッドで脳血管撮影室へ行きます	<input type="checkbox"/> 頻回に看護師が伺い、検温をさせていただきます <input type="checkbox"/> 検査後穿刺部側の足が動かないように固定させていただきます	<input type="checkbox"/> 朝の回診があります <input type="checkbox"/> 安静が解除された後で初めて歩かれるときは看護師へ必ずお知らせ下さい	<input type="checkbox"/> 弾カストッキングを除去します <input type="checkbox"/> 回診時に枕子を除去します	
排泄			<input type="checkbox"/> 排尿を促す管を入れます	→	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテルを抜きます（朝の回診後）* 最初にトイレ行く時は看護師が付き添います	トイレにてOK	
検査		血液検査	手術又は血管造影室へ	手術後、頭部CT検査	起床後に血液検査 朝一番で頭部CT検査	なし	
点滴		<input type="checkbox"/> 前日から点滴をする場合があります。	<input type="checkbox"/> 朝から左手に2か所点滴を開始します。	点滴継続中		→	
栄養		食べたりできます 	<input type="checkbox"/> 朝から食べたり飲んだりできません	絶飲食ですが口を湿らせる事はできます	CTの結果で朝から食事が開始されます 		
活動		自由	手術準備をされるまでは自由	ベッド上	朝の回診後から自由です	自由	
清潔		シャワーか清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	
説明	<input type="checkbox"/> 入院前の様子をうかがいます（現在、服用中の薬がありましたら、ご持参ください） <input type="checkbox"/> 病棟内をご案内します（入院案内のビデオをご覧ください） <input type="checkbox"/> 医師からの説明後に手術同意書・抑制同意書という書類を提出していただきます。手術説明があるときは必ず印鑑を持参してください。 ※この内容はおおよその経過をお知らせしたものです。病状により経過・入院期間が変更する可能性があります。ご了承ください						

経過	3日目	4日目	5日目	6~7日目
	月 日	月 日	月 日	月 日
処置治療	とくにありません	とくにありません	とくにありません	<p>退院</p> <p>退院前に主治医より今後の事についてお話があります。</p> <p>今後の外来再来日・診察券等をお渡しします。</p> 
排泄	制限なし	制限なし	制限なし	
検査	なし		<p>頭部MRI検査</p> <p>頭部・頸部のレントゲン</p>	
点滴	本日で点滴終了			
食事				
活動	自由	自由	自由	
清潔	点滴終了後入浴可能	入浴可能	入浴可能	