

消化器科アンギオ治療クリティカルパス

年 月 日

ID:

患者氏名:

様

担当医師名:

項目	月日	治療当日(/)		治療後1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目(退院前日)	10日目(退院日)	
	(/)	治療前	治療後	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	
目標	精神的・身体的に問題なく治療にのぞむ事ができる		安静時の苦痛の軽減 合併症の早期発見	症状出現時速やかに対処する									合併症なく退院することができる	
治療・処置・薬剤	<input type="checkbox"/> 剃毛 <input type="checkbox"/> 両足背マーキング <input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 医師に内服薬確認後指示の朝薬のみ内服可 <input type="checkbox"/> 検査着に着替える <input type="checkbox"/> 貴金属類は外す <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> プレメジの実施 <input type="checkbox"/> 使用薬剤を持参 <input type="checkbox"/> 浣腸(10時)	<input type="checkbox"/> 点滴朝までキープ	<input type="checkbox"/> 点滴は終了後ロック <input type="checkbox"/> 安静解除 <input type="checkbox"/> パジャマに着替える	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 点滴							
検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 胸腹部レントゲン <input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重			<input type="checkbox"/> 採血		<input type="checkbox"/> 採血								
安静度	<input type="checkbox"/> フリー	<input type="checkbox"/> ストレッチャー又は車椅子で移動	<input type="checkbox"/> 診察後、翌日までベット上安静	<input type="checkbox"/> 安静解除後フリー	<input type="checkbox"/> フリー	→								
食事	<input type="checkbox"/> E食	<input type="checkbox"/> 昼食より絶食水	<input type="checkbox"/> 帰棟後診察し(h)後から安静食 <input type="checkbox"/> 水分可	<input type="checkbox"/> E食	<input type="checkbox"/> E食	→								
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴可	<input type="checkbox"/> 清拭		<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> シャワー浴可	→							<input type="checkbox"/> 入浴可	
排泄		<input type="checkbox"/> フォーレ挿入		<input type="checkbox"/> フォーレ抜去し自尿確認 <input type="checkbox"/> 医師に蓄尿の有無確認										
指導(服薬・治療上)	<input type="checkbox"/> 入院計画書 <input type="checkbox"/> 同意書の確認 <input type="checkbox"/> 持参薬の確認	<input type="checkbox"/> 安静の必要性を確認	<input type="checkbox"/> 安静の必要性を確認 <input type="checkbox"/> 副作用出現の説明											
観察	<input type="checkbox"/> バイタル測定	<input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 足背動脈マーキング確認 <input type="checkbox"/> 剃毛部確認	<input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 穿刺部の出血確認 <input type="checkbox"/> 足背動脈触知 <input type="checkbox"/> 冷感・チアノーゼ有無 <input type="checkbox"/> 腹痛や穿刺部痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 尿量	<input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 穿刺部の出血確認 <input type="checkbox"/> 足背動脈触知 <input type="checkbox"/> 冷感・チアノーゼ有無 <input type="checkbox"/> 腹痛や穿刺部痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 尿量	<input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 尿量 <input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 尿量 <input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 尿量 <input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 尿量 <input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 尿量 <input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 尿量 <input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 尿量 <input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 尿量 <input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 尿量 <input type="checkbox"/> 倦怠感	
バリアンス	無有()	無有()	無有()	無有()	無有()	無有()	無有()	無有()	無有()	無有()	無有()	無有()	無有()	
サイン														