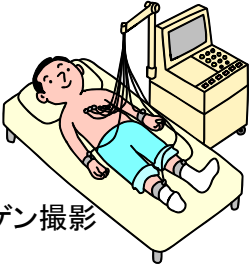




| 日付 | 手術までの検査 | |
|--------|--|--|
| 検査 | <p>○術前検査センターで説明があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・採血 ・心電図 ・胸部・腹部のCT ・頸部の超音波検査 ・胸部と腹部のレントゲン撮影 ・鼻腔内の細菌検査 ・呼吸機能の検査 ・便潜血 <p>* 便の検査の容器をお渡ししますので、 次回の検査時にお持ち下さい。</p>  | <p>○2回目の検査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心臓の超音波検査 ・頭部MRI・A又はCT ・ABI <p>(両上下肢の血圧測定をし動脈硬化の 状態を判定します)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・足の血管の超音波検査 ・歯科口腔外科受診 <p>* 便の検査の容器を提出してください</p> <p>* 内服薬の確認</p> <p>お薬手帳などお持ちでしたら、お見せ下さい</p>  |
| 内服 | <p>現在内服中の薬の確認をさせていただきます 薬の種類によっては手術前に内服中止して 頂く事があります。 (薬の確認が出来ない時は、1日分の薬か、 お薬手帳を次回検査日にお持ち下さい。)</p>  <p>※タバコは回復の妨げとなります。 禁煙をお願いします。</p> | |
| 食事 | 制限はありません | |
| 清潔 | 入浴できます | |
| 活動 | 制限はありません | |
| 説明・その他 | <p>①看護師より手術までの経過とまた手術の際に必要な物品などの説明をします。</p> <p>②手術前の検査の説明をします。</p> <p>③今回の入院に至った経過などを書いていただく用紙をお渡します。</p> <p>④手術室看護師より説明があります。</p> | |