

ペースメーカー植え込み術を受けられる_____様へ

担当医 _____
看護師 _____

検査当日 月 日() 時 分に 御家族の方と一緒に日帰り手術センターにお越し下さい

日時	(/)手術前日	(/)当日手術前	(/)当日手術後	術後1日目	術後2～6日目	術後7日目	術後8日目
処置 検査 診察		<ul style="list-style-type: none"> 検査着に着替えます 金属類や入れ歯は外して下さい 手術前にトイレを済ませて下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 心電図をつけます 	<ul style="list-style-type: none"> 傷の消毒があります 指示により検査があります 	→	<ul style="list-style-type: none"> 傷の糸を抜きます(7～8日目) ペースメーカーのチェックがあります 	
薬 点滴		<ul style="list-style-type: none"> 指示通り内服して下さい 術前に安定剤を内服します 点滴は術前よりはじめます(化膿止めあり) 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴は予定量終わるまで続けます(化膿止めあり) 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師より薬の説明があります 指示通り内服して下さい(化膿止めあり) 			<ul style="list-style-type: none"> 内服薬は指示通り内服して下さい 薬剤師より薬の説明があります
飲食	<ul style="list-style-type: none"> いつも通りお摂り下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 朝食は摂らずにお越し下さい(水分は可) 	<ul style="list-style-type: none"> 術後より飲食出来ます 				<ul style="list-style-type: none"> 栄養士による栄養相談があります
活動 安静	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 						<ul style="list-style-type: none"> 出血等無ければ普段通りの生活をして下さい 退院後入浴できます(抜糸後より)
その他	持ち物 診察券 保険証 検査同意書 印鑑 入院証書 スリッパ 下着 パジャマ 薬 洗面道具 コップ	<ul style="list-style-type: none"> ご家族は手術終了までお待ち頂きます ご家族の方の都合がつかない場合は医師にご相談下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 痛み、出血などありましたら看護師にお知らせください 		<ul style="list-style-type: none"> 身体障害者の申請手続きがあります(2日目) ペースメーカーに関する説明があります(5日目) ペースメーカー手帳をお渡しします(5日目) 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師より退院後の生活、次回の予約等の説明があります 帰宅後異常がありましたら、日中は内科外来、夜間は救急外来へお越し下さい 	