





心臓血管造影の検査(右心カテーテル検査)を受けられる _____ 様 へ 主治医: _____ 看護師: _____

検査当日 月 日() 時 分に再来受付機で受付をして、外来1受付にお越しください

		検査当日(/)	
		検査前	検査後
処置検査	<input type="checkbox"/> 血管造影室・手術回復室のご案内用紙をご参照下さい ・検査着に着替えます ・金属類や入れ歯は外してください ・検査前にトイレを済ませてください ・点滴を始めます 	・医師より検査結果の説明があります(状況により外来での説明になる事もあります) ・検査で刺した部分は出血しないようにテープで固定します ※2時間でテープ固定は解除予定です ・検査した部位の痛み、しびれ、出血がありましたら、看護師にすぐお知らせください ・検査後点滴は終了します 	
食事	飲食の制限はありません		
内服	・お薬はいつも通りに内服して来てください ※休薬が必要な方は、休薬同意書をお渡ししますので、ご確認ください		
活動	・制限はありません		・吸状態などに異常がなければ、2時間カテーテル回復室で安静にして検査で刺した部分のテープ固定を解除し、帰宅となります。普段通りの生活をしてください
入浴			入浴は当日可能です。絆創膏を入浴前に外し、刺した部分はこすらないようにお願いします
その他	<検査に必要な持ち物> <input type="checkbox"/> 検査同意書 <ご家族の方へ> ・検査終了まで待合室にてお待ちいただきます ※家族付き添いは必ず必要ではありません 	・会計は後日会計となります ・帰宅後に異常がありましたら下記へご連絡ください ・平日の昼間は外来1ブロックへ 夜間・休日は救急外来へ 医療センター TEL:0267-62-8181 上記検査について説明を受けました 本人または家族(続柄)の署名 年 月 日 _____ (続柄) この説明用紙は検査時お持ちください	

※この経過内容は当院での標準的な診療内容を記載しています。検査後の経過には個人差があり、必ずしも内容通りには進まないこともありますが、その都度対応していきますのでご安心下さい 2021/10作成