

# 脳血管撮影検査を受けられる 様へ

説明医師 \_\_\_\_\_

看護師 \_\_\_\_\_

【病名： \_\_\_\_\_】 【病棟 \_\_\_\_\_】

月日	月 日	月 日	月 日	
経過	検査前日	当日（検査前）	当日（検査後）	退院日
目標	心身共に安定した状態で検査を受けることができる		指示された安静を守り検査後の合併症を防止する	
食事	制限ありません	（水分は10時まで） 昼食絶食になります	許可が出るまでお待ち下さい	朝食後、退院です
	 	前日入院の時 		
処置・観察	体温・血圧・脈拍を測定します 	早朝、検査前に体温・血圧・脈拍を測定します 	検査後、1～2時間毎に体温・血圧・脈拍を測定します 	体温・血圧・脈拍を測定します 
	ネームバンドをつけます	歩いて検査室へ行きます		朝、検査部位の確認を行います 
注射・内服				
行動	制限はありません 	検査前にトイレを済ませ、入れ歯、時計、眼鏡、アクセサリーを外して下さい 検査着に着替えてください 	検査後、看護師の許可があるまで、ベッド上で安静にしてください 足から検査をした場合は、翌日までベッド上安静です 	足から検査をした場合は、医師の検査部位確認後、歩行が可能です 
	入浴、洗髪をしてください 		検査側の手足は曲げないでください その他の手足は、自由に動かしてください	
説明	医師より説明 入院の検査計画について 			医師より説明 検査結果と治療計画について 次回受診予約 
	看護師より説明 入院生活について 検査前後の処置と安静について 			

\* 入院に関して心配事がありましたらお申し出ください。  
\* この表はおよその経過をお知らせしたものです。種々の都合により、予定通りでないこともありますので、予めご承知ください。  
\* 入院に際してこの用紙を必ずお持ちください。

上記説明を受けました  
平成 年 月 日  
(本人・家族)