





# ペースメーカー植え込み術入院計画表 (PMI)

※10時～11時までに入院受付までお越し下さい。入院時必ずこの用紙を持参して下さい。  
 ご不明な点がございましたら、入院後病棟看護師までお尋ね下さい。

項目 \ 月日	手術前日	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	手術後1日目	手術2日目以降	退院
治療・薬剤 (点滴・内服) ・処置	現在飲んでいるお薬を確認します。 持参して下さい。 心電図モニターを着けます。 	(朝・昼)食後の薬は ____時に飲んでください。 義歯・時計・眼鏡等の金属類 はすべて外して下さい。 検査着に着替えます。 手術前に点滴を行います。	手術後1時間は砂袋をのせます。 点滴は終了後抜きます。 治療後心電図モニター を着けます。 	創の消毒をします。	7日目に抜糸します。	
検査	採血・レントゲン・心電図等の検査 があります。 	看護師が手術室へご案内しま す。 (午前 午後)に入室予定 です。	心電図、レントゲン、心エコー等の 検査があります。 	ペースメーカーチェック 心電図、採血、レントゲ ン等の検査がありま す。	適宜、心電図、採血、レントゲン等の検査、7 日目にペースメーカーチェックがあります。 	
安静	制限はありません。 		手術終了1時間後より歩行できます。	制限はありません。 		
食事	昼食より病院食です。 	( )食は食べられません。 	状態が落ち着いたら 飲食できます。 			
清潔	入浴できます。 		体を拭きます。 	体を拭きます。	シャワーに入れます。 抜糸後は入浴できます。 	
排泄		手術前にトイレを済ませてお いて下さい。	歩行できます。			
患者様および ご家族への 説明	ペースメーカーについて 医師から説明があります。  <b>時 分から説明</b> <b>※説明時はご家族も 来院して下さい。</b>			ペースメーカーについて説明 します。	必要に応じて栄養指導 や服薬指導を予約しま す。 希望時は伝えて 下さい。 	※身体障害者手帳 の申請が出来ま す。 詳しくはお住まいの 役所(障害福祉課) にお問い合わせ下 さい。