

無けいれい電気痙攣療法を受けられる外来患者様へ



患者氏名:
指示医署名

日時	術前スクリーニング	ECT前日	ECT当日	ECT終了後	ECT次日	ECT終了後評価																			
達成目標	電気治療によって精神症状を改善します																								
検査	治療前日までに受ける検査		当日は11:00までに来院ください。休憩室にて点滴を入れさせていただき12:30になりましたら処置室に移動します。担当看護師が付き添いますので指示に従ってください	治療終了後、点滴を抜きます。治療後、呼吸が安定するまで酸素をします。																					
	<table border="1"> <tr><td>頭部CT</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>心電図</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>脳波</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>胸部・腹部X-P</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>血液検査</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>尿検査</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>肺機能/気道評価</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	頭部CT			<input type="checkbox"/>	心電図	<input type="checkbox"/>	脳波	<input type="checkbox"/>	胸部・腹部X-P	<input type="checkbox"/>	血液検査	<input type="checkbox"/>	尿検査	<input type="checkbox"/>	肺機能/気道評価	<input type="checkbox"/>								
頭部CT	<input type="checkbox"/>																								
心電図	<input type="checkbox"/>																								
脳波	<input type="checkbox"/>																								
胸部・腹部X-P	<input type="checkbox"/>																								
血液検査	<input type="checkbox"/>																								
尿検査	<input type="checkbox"/>																								
肺機能/気道評価	<input type="checkbox"/>																								
	検査は予約制になっております。受付事務にて予約をお取りください。	ECTは月・水・金 13:00～行います。予約を取った日に通院できない事情などが発生しましたらご連絡をお願いします。	気分がすぐれない。体調どこかおかしいと感じる点がございましたらお気軽に担当看護師にお声掛けください			ECTは個人によって実施回数が変わります。担当医師に終了確認を受けてください																			
一般状態測定	治療前日までに一般状態の測定をします。外来看護師が行います。		12:30処置室に移動したのち電極を頭部・胸部・下肢に設置致します。「入れ歯・メガネ・ブラジャー・ヘアピン・ベルト」は外しておいてください。パンツは事前に紙パンツに履き替えていただきます。	治療終了後、一般状態測定にご協力願います。	下記症状の有無をお知らせください。一過性の症状といわれています。つらいときにはご相談ください																				
	<table border="1"> <tr><td>身長</td><td>cm</td></tr> <tr><td>体重</td><td>kg</td></tr> <tr><td>首周りサイズ(cm)</td><td>cm</td></tr> <tr><td>顎サイズ(cm)</td><td>cm</td></tr> <tr><td>体温(°C)</td><td>°C</td></tr> <tr><td>脈拍(P)</td><td>P</td></tr> <tr><td>血圧(Bp)</td><td>Bp</td></tr> <tr><td>Spo2</td><td>%</td></tr> </table>				身長	cm	体重	kg	首周りサイズ(cm)	cm	顎サイズ(cm)	cm	体温(°C)	°C	脈拍(P)	P	血圧(Bp)	Bp	Spo2	%	<table border="1"> <tr><td>頭痛</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>吐き気</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>嘔吐</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>健忘症状</td><td>有・無</td></tr> </table>	頭痛	有・無	吐き気	有・無
身長	cm																								
体重	kg																								
首周りサイズ(cm)	cm																								
顎サイズ(cm)	cm																								
体温(°C)	°C																								
脈拍(P)	P																								
血圧(Bp)	Bp																								
Spo2	%																								
頭痛	有・無																								
吐き気	有・無																								
嘔吐	有・無																								
健忘症状	有・無																								
服薬調整	ECT実施にあたり相互作用のある薬剤は調節させていただくことがあります。 有・無		治療のため昼の内服は治療終了後に服薬していただきます。	昼の薬を飲んでください																					
説明と同意	主治医から説明を受けます		当日は11:00までに来院ください。休憩室にて点滴を入れさせていただき12:30になりましたら処置室に移動します。担当看護師が付き添いますので指示に従ってください	治療後、帰宅の許可が出たらお帰り頂いて構いません。次回、ECT治療日の確認を忘れないでください。	不安な点はありませんか？	有・無																			
	同意書の記載をお願いします																								
不安な点はありませんか？	有・無																								
栄養(食事)	制限なし	制限はありません。		治療終了後、食事可です	制限なし	制限なし																			
活動安静度				許可があれば自由です																					
清潔		入浴を済ませてください		制限なし																					
排泄		排便	有・無				治療前にトイレを済ませておいてください																		

