






心筋シンチグラフィークリニカルパス

医師 _____
看護師 _____

_____ 殿は、 月 日に心筋シンチグラフィ検査を行います。
検査時間は午前 : 時と午後 : 時頃の予定です。

点滴	8時から点滴を始めます		検査が終了したら、点滴は終了です
内服	8時に内服します * 糖尿病患者さん 糖尿病薬は休薬します 持効型インスリンはいつも通り打ちます		検査が終了したら、昼食後より再開です 
処置	* 糖尿病患者さん 8時と12時に血糖測定を指先より行います		
安静	なるべく安静にしてお過ごしください リハビリがある方は、午後検査が終了してからになります		
清潔	検査終了後、許可がある方はシャワーを使用していただけます		
食事	朝食はありません(絶食です) カフェイン(コーヒー・紅茶・緑茶)制限がありますが、 お水は飲んでいただいてもかまいません		昼食は検査終了後にお持ちします