

超音波内視鏡検査(EUS)の予定表・入院時診療計画書～1泊2日用～

(患者様用)

I D: 患者氏名: 様 生年月日: 病名(症状):
 入院科/病棟:消化器内科 / 主治医: ㊟ 担当医:
 担当看護師: 主治医以外の担当者:薬剤師 管理栄養士

検 査 当 日		検 査 後 1 日 目 (退 院 日)
月 日	/ ()	/ ()
達成目標	検査前 必要性を理解し、検査準備が整う	検査後 異常な消化器症状がない 検査後偶発症が無く退院できる
治療・処置	★検査前から点滴を開始します  検査後、点滴は終了次第抜去します ★帰室後、しっかり覚醒されるまで、 心電図モニターと酸素を使用します	
検 査		
服 薬	指示通り内服して下さい。 (絶食でも、内服して頂く場合もあります)	内服薬継続 
食事・水分について	起床後 絶食 です。 ★飲水は、_____時まで可能です 以後、絶食でお待ち下さい	★飲水は、検査終了 1時間後 から可能です 夕食から食事再開です 
看 護	安静度はフリーです	検査終了後、初回のトイレ歩行は、 付き添いますので、お知らせください
リハビリ		安静度はフリーで、入浴も可能です 
説明・指導	★入院生活や今後の予定について、 ご説明します	★朝の主治医の回診で退院が許可され、昼前に退院可能です ★退院後の次回受診について、ご説明します 

★特別な栄養指導の必要性 有 ☒ 無 ☐

高齢者総合評価の実施
総合的な機能評価

☐ 有 : ☐ 無

基本的な生活動作
日常生活動作
認知機能
気分・心理状態

☐ 問題なし
☐ 問題なし
☐ 問題なし
☐ 問題なし

☐ 要精査または要経過観察
☐ 要精査または要経過観察
☐ 要精査または要経過観察
☐ 要精査または要経過観察

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。

年 月 日

説明者:

説明を受けた人:

(代表者)

続柄()

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター

パス承認番号(No.42) 承認年月日(2014年6月11日)

<管理No.59>

注1 病名等は、現時点でかんがえられるものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2 入院期間については現時点で予測されるものです。

ご不明な点は遠慮なくスタッフへお尋ねください。

2013/10 11/12 2014/02/13 03/15改訂