

# 入院診療計画書(気管支鏡一泊入院)

ID番号 @PATIENTID 氏名 @PATIENTNAME 様 症状 @PATIENTWARD 病棟 @PATIENTROOM 号室  
 担当医師 @USERNAME 印 担当看護師 担当薬剤師 @SYSDATE

月日	／ (気管支鏡検査当日)		／
経過	入院  検査前	検査後	検査後1日目 退院 
目標	検査内容を理解し、心身ともに安心して検査を受けられる。	検査後の安静を守ることができる。	退院することができる。
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>気管支鏡前にレントゲンを撮影します。</li> <li>透視室または呼吸器内科外来で、気管支鏡の検査を行います。</li> </ul> 		レントゲンを撮影します。その結果で退院の許可が出ます。 
処置	検査前の処置は、呼吸器内科外来で行います（「気管支鏡検査を受けられる患者さまへ」パンフレット参照）。 1. 気管支鏡がスムーズに喉を通るように、吸入を行います。 2. 透視室または呼吸器内科外来に移動します。 3. 医師がスプレーを使って、喉の奥に麻酔をします。	がんばりましょう! 	
観察	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査前に、病室で熱や脈拍、血圧、体中の酸素量を測ります。</li> <li>検査中は、血圧や酸素の状態を確認するモニターを付けます。</li> </ul> 	検査終了後は、病室に戻ります。熱や脈拍、血圧、体中の酸素量を測ります。酸素量を測るモニターをつけながら1時間はベッド上で安静にしてください。 	朝、体温・血圧・脈・酸素量などを測定します。 
注射	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査前に点滴をします。</li> <li>点滴からの鎮静（検査の苦痛を減らすための処置）の薬を投与します。</li> </ul> 	検査2時間後、水分摂取してむせがなく、発熱がなければ点滴を抜きます。	
内服	朝の薬は制限ありません。いつも飲んでいる薬があれば内服してください。 	検査2時間後飲食の許可があれば、いつも飲んでいる薬を内服してください。	退院後の外来受診日に次の様な症状がある時は、下記に連絡後早めの受診をお願いします。 ※38.0℃以上の熱が3日以上続く時。 ※突然の胸痛やひどい咳がある時。 ※血痰が続いたり、呼吸困難がある時。 【昼間】 呼吸器内科外来 024-547-1219 【夜間】 6階西病棟（呼吸器内科） 024-547-1612
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>朝食はいつも通りに食べて構いません。その後は何も食べないでお待ち下さい。</li> <li>水分（水やお茶、スポーツドリンクなど）は、午前11時まで飲んで構いません。それ以降は何も飲まないでお待ちください。</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査後2時間は何も口にできません。</li> <li>検査後2時間が経過したら、看護師見守りのもと水分を摂取します。むせがなければ飲食ができます。</li> </ul> 	
行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査に行く前にトイレを済ませてください。</li> <li>入れ歯がある方は外してください。</li> <li>ボタンや金具のついた服は着用せず、病衣を着用してください。</li> <li>湿布やカイロも外してください。</li> <li>化粧は落としてください。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査終了後から病棟に戻るまでは車椅子かストレッチャーで移動します。</li> <li>検査後1時間は病室のベッドで安静になってください。動きたいときは看護師に連絡してください。眠気が覚めたらトイレなどに歩くことができます。</li> </ul> 	制限ありません。帰宅後、入浴も可能です。 
説明	看護師から入院生活と気管支鏡検査、歯磨き指導についての説明があります。 	37.0℃台の微熱が出ることや、血液の混じった痰が見られることがあります。通常は自然に治まりますが、確認のため看護師にお知らせください。胸部痛や胸の違和感があるときも看護師にお知らせください。	退院後の外来受診日の予約票をお渡しします。「気管支鏡検査を受けられた方へ」のパンフレットにそって説明があります。 

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等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想されるものです。

特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無
-------------	-------

上記内容について説明を受け同意いたしました。

署名：	続柄：
-----	-----