

入院診療計画書（全身麻酔による生検を受けられる方へ）

ID番号
病名（他に考える病名）

@PATIENTID

氏名

@PATIENTNAME

様

症状

@PATIENTWARD

病棟

@PATIENTROOM

号室

担当医師

@USERNAME

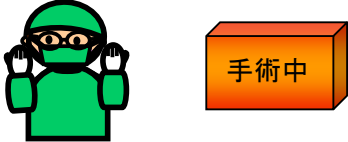
印

担当看護師

担当薬剤師

その他担当者名

@SYSDATE

月日	入院日	手術当日	手術翌日・退院日
経過			
目標	検査の目的を正確に理解して下さい	安全にかつ確実に診断できるように手術をうけましょう	
検査		術後に必要に応じて採血やレントゲン検査などを行います	必要に応じて行います
治療		痛み止めを行います	
処置			創部の処置を行います 尿道の管が入っていれば抜去します 
観察	体温、血圧、脈拍測定をします	体温、血圧、脈拍、尿量を測定します	体温、血圧、脈拍、尿量を測定します
注射		朝から点滴を開始します 術直前と術後に抗生物質を点滴します 点滴は状態が良ければ、抜去します 	
内服	通常薬は普段通り服用して下さい 	術前は麻酔科医の指示に従って内服して下さい	痛み止めと抗生物質を服用して下さい 
食事	麻酔科医の指示に従って 絶飲食になります 	多くの場合は絶飲食継続で翌朝から食事開始になります 口腔内を潤すことは可能です	朝、胃腸の動きを確認して水分摂取から開始します 
行動	 特に制限はありません	術後は安静臥床となります 	荷重制限が必要となる場合があります
説明	術前説明を理解していただけたら手術同意書に署名して下さい ご不明な点はお問い合わせ下さい	術中所見を説明いたします	診断結果は、後日外来で説明いたします 

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。

注3）特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい。

福島県立医科大学附属病院　パス承認番号（No.109）　承認月日（19年 5月29日）

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：