

入院診療計画書( FNA・ERCP を受けられる方へ)

ID番号 @PATIENTID

氏名 @PATIENTNAME 様

@PATIENTWARD

病棟

@PATIENTROOM

号室

病名(他に考える病名)

症状

担当医師 @USERNAME

担当看護師

担当薬剤師

その他の担当者名

@SYSDATE

月日	月 日 ( )	EUS・FNA 当日 月 日 ( )		ERCP 当日 月 日 ( )		月 日 ( )	月 日 ( )
経過	入院日	検査前	検査後	治療前	治療後	ERCP翌日	退院日
目標	・検査の必要性和注意点について理解出来る	・痛みや吐き気、発熱の症状を伝えることができる。		・痛みや吐き気、発熱の症状を伝えることができる。		・痛みや吐き気、発熱の症状を伝えることができる。	・退院後の生活で不安な事があれば確認する事ができる
検査・治療	・検査が必要な場合は、その都度お知らせします。	<input type="checkbox"/> 朝7時までに指示された薬を内服してください。 <input type="checkbox"/> 午前中に看護師が右手に点滴を刺します。 <input type="checkbox"/> 昼の薬は指示があれば内服してください。 <input type="checkbox"/> 私服の場合は、渡された病衣に着替えてください。 <input type="checkbox"/> 弾性ストッキングをはきます。 <input type="checkbox"/> 化粧やマニキュアを落としてください。 <input type="checkbox"/> 義歯・めがね・時計を外してください。 <input type="checkbox"/> 順番が来たら、内視鏡室(歩行または車椅子)へ移動します。		<input type="checkbox"/> 朝7時までに指示された薬を内服してください。 <input type="checkbox"/> 昼の薬は指示があれば内服してください。 <input type="checkbox"/> 化粧やマニキュアを落としてください。 <input type="checkbox"/> 義歯・めがね・時計を外してください。 <input type="checkbox"/> 順番が来たら、透視室(歩行またはストレッチャー)へ移動します。 <input type="checkbox"/> 検査直前に坐薬を入れます。 <input checked="" type="checkbox"/> ERCP3時間後に、採血があります。		・朝、採血検査があります。	・検査がある場合は、お知らせします。
観察	・体温・脈拍・血圧測定をします。 ・痛み・吐き気・発熱がないか確認します。						
注射	・午前中に看護師が右手に点滴を刺します。			・点滴は継続します。		・20時の点滴が終了したら点滴を抜きます。	
内服		・朝7時に指示されたお薬のみ内服してください。	・検査後の夕の内服は指示された薬のみ内服してください。	・朝7時に指示されたお薬のみ内服してください。	・検査後の夕の内服は指示された薬のみ内服してください。		
食事	・いつも通り、食事を召し上がってください。 ・夜9時以降は、何も召し上がらないでください。水分は、水かお茶のみにしてください。	・朝から絶食です。 ・朝7時までは水分をとることができます。	・検査後は絶食です。 ・検査終了後3時間で、水・お茶をのむことができます。	・朝から絶食です。 ・朝7時までは水分をとることができます。	・検査後は絶食です。 ・検査終了後3時間の採血結果をみて、医師の許可があれば水・お茶をのむことができます。	・採血の結果で医師の許可があれば、昼から食事をとることができます。	
行動	・制限はありません。	・順番が来るまで、病棟の中でお過ごしください。	・検査後3時間はベッド上安静となります。その間は、尿器やポータブルトイレを使用しての排泄となります。その後は、トイレ歩行のみ許可となります。	・順番が来るまで、病棟の中でお過ごしください。	・ベッド上安静ですが、検査後3時間からトイレ歩行のみ可能となります。	・病棟内歩行ができます。 ・身体拭き、もしくはシャワー浴ができます。	
説明	・看護師から入院時の説明と検査や治療についての説明があります。			●痛みがある場合、便が赤い場合、発熱や悪寒がある場合は、ガマンせずにお知らせください。 ●採血の結果で、蓄尿をしていただくこともあります。その場合は、改めて説明させていただきます。			

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。

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：
-----	-----