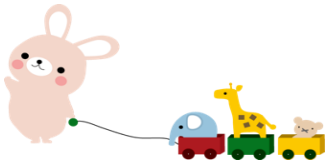



内視鏡検査（1泊2日入院当日検査）の患者さん（入院診療計画書）

患者ID: 性別: 生年月日: 病棟: 病室:
 患者氏名: 病名: _____ 症状: _____

| 経過 | 入院日 (/ /) | | 退院日 (/ /) |
|-------|---|--|--|
| | 検査前 | 検査後 | |
| 患者目標 | 安全に内視鏡検査ができる 検査の必要性がわかる | 腹痛や出血がない 検査後の注意事項がわかる | 腹痛や出血がない 検査後の注意事項がわかる |
| 治療・処置 | 採血、点滴をします 浣腸をします 浣腸の後の便を見させていただきます | 目が覚めるまでモニターで観察します 目が覚めて水分をがとれたら、点滴を抜きます | |
| 活動 | 病棟内は自由です  | 病棟内は自由です | 病棟内は自由です |
| 食事 | 食事はありません | しっかり目が覚めたら、看護師見守りのもと水分をとっていただきます 水分がとれたら、食事を食べることができます | 朝食がでます |
| 清潔 | 検査の日なのでシャワー浴はありません | | |
| 説明・指導 | <input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性について評価します <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性について評価します <input type="checkbox"/> 内視鏡の同意書を看護師にお渡しください <input type="checkbox"/> 鎮静の同意書を看護師にお渡しください | <input type="checkbox"/> 鎮静剤を使用した場合、しばらくふらつく事があります しっかり目が覚めるまで経過を見させていただきます | <input type="checkbox"/> 腹痛、下血が続く場合はご連絡ください  |

主担当医氏名: 印 主担当医以外の担当者: _____

 年 月 日 上記の説明を受けました。
 患者・家族サイン: _____ (続柄) _____

メモ: **★前日までに内視鏡同意書と鎮静同意書を記載し、忘れずに持参してください**