





内視鏡検査（2泊3日）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 (/ /)	入院2日目 (/ /)		退院日 (/ /)
		検査前	検査後	
患者目標	検査の必要性がわかる	安全に内視鏡検査ができる	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 必要に応じて浣腸をします 浣腸の後の便を見せていただきます 昼食後から、下剤を飲みます	朝8時までには下剤を飲みます 便の状態を見せていただきます 	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 	病棟内は自由です
食事	昼食は検査用の食事が出ます その後は食事をとらずに過ごしていただきます	検査前は食事はありません	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	朝食が出ます
清潔	シャワー浴をします	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"/> 鎮静剤を使用した後は、しばらくふらつくことがあります。しっかり目が覚めるまで経過を見せていただきます	<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**