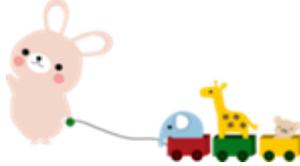


内視鏡的静脈瘤結紮術（EVL）を受ける患者さん（入院診療計画書）

患者ID: 性別: 生年月日: 病棟: 病室:

患者氏名: 病名: 症状:

入院日:

経過	1900/1/0	1900/1/1		1900/1/2	1900/1/3	
	入院日	治療前	治療後			
患者目標	治療の必要性がわかる	安全に内視鏡検査ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腹痛や出血がない ・ 治療後の注意事項がわかる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腹痛や出血がない ・ 治療後の注意事項がわかる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腹痛や出血がない ・ 治療後の注意事項がわかる 	
治療・処置	採血、点滴をします 	便の状態を見させていただきます	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間・午睡時にモニターで観察します ・ 便の状態を見させていただきます ・ 点滴を続けます 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間・午睡時にモニターで観察します ・ 便の状態を見させていただきます ・ 点滴を続けます 		
活動	病棟内は自由です	病棟内は自由です	しばらくは安静に過ごしていただきます。その後、病棟内は自由です。	病棟内は自由です		
食事	夕食以降の水分摂取は麻酔科の指示にしたがっていただきます	食事はありません	食事・水分は取らずに過ごしていただきます	水分摂取が始まります 	流動食が始まります	
清潔	シャワー浴をします	治療の日なのでシャワー浴はありません		シャワー浴または清拭をします	シャワー浴または清拭をします	
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <input type="checkbox"/> 内視鏡の同意書を看護師にお渡してください <input type="checkbox"/> 麻酔の同意書を看護師にお渡してください		<input type="checkbox"/> 麻酔後は体が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させていただきます			
「栄養管理/褥瘡対策」要判断	<input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性	X	「手術/検査日程」要入力	実施有無: 有	日程: 	
	<input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性			内容: 内視鏡的静脈瘤結紮術		
メモ:						

2023/5/21 作成
2024/8/14 改訂

