

全身麻酔下内視鏡検査 / 前処置あり 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:

入院日:

| 経過             | 入院1日目                                                                                                                                                                                                                                  |             | 入院2日目                                                                                                                                                                                                                                                         |                    | 入院3日目 (退院日)                                                                                                                      |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                | 1900/1/0                                                                                                                                                                                                                               |             | 1900/1/1                                                                                                                                                                                                                                                      |                    | 1900/1/2                                                                                                                         |
|                | 検査前                                                                                                                                                                                                                                    |             | 検査後                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                                                                                                                                  |
| 患者目標           | <div><div><div>・検査の必要性がわかる</div><div>・検査の注意事項がわかる</div></div></div>                                                                                                                                                                    |             | <div><div><div>・検査の必要性がわかる</div><div>・検査前の注意事項がわかる</div></div><div><div>・腹痛や出血がない</div><div>・検査後の注意事項がわかる</div></div></div>                                                                                                                                   |                    | <div><div>・腹痛や出血がない</div><div>・検査後の注意事項がわかる</div></div>                                                                          |
| 治療・処置          | <div><div><div>・採血、点滴をします</div><div>・昼食後から下剤を飲みます</div><div>・下剤の種類と量を説明します</div><div>・浣腸をします</div><div>・排便時の便を見させていただきます</div></div><div></div></div> |             | <div><div><div>・点滴をつづけます</div><div>・下剤を飲みます</div><div>・排便時の便を見させていただきます</div></div><div></div></div>                                                                       |                    | <div><div>・目が覚めて水分をがとれたら、点滴を抜きます</div><div>・目が覚めるまでモニターで観察します</div></div> <div>夜間はモニターで観察します</div>                               |
| 活動             | <div>病棟内は自由です</div>                                                                                                                                                                                                                    |             | <div>病棟内は自由です</div>                                                                                                                                                                                                                                           |                    | <div>しっかりと目が覚めた後、看護師見守りのもとで病棟内は自由です</div>                                                                                        |
| 食事             | <div><div>・昼食は検査用の食事です</div><div>・夕食はありません</div></div>                                                                                                                                                                                 |             | <div><div>・食事はありません</div><div>・水分は看護師が説明した時間まで飲むことができます</div></div>                                                                                                                                                                                           |                    | <div><div>・しっかりと目が覚めたら、看護師見守りのもとと水分をとっていただきます</div><div>・水分がとれたら、食事を食べることができます</div><div>・夕食があります</div></div> <div>朝食があります</div> |
| 清潔             | <div>シャワー浴または清拭を行います</div>                                                                                                                                                                                                             |             | <div>検査日なのでシャワー浴はありません</div>                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                                                                                                  |
| 説明・指導          | <div><div><div><input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします</div><div><input type="checkbox"/> 内視鏡の同意書を看護師にお渡ください</div><div><input type="checkbox"/> 麻酔の同意書を看護師にお渡ください</div><div><input type="checkbox"/> 身体抑制の同意書を看護師にお渡ください</div></div></div> |             | <div><div><div><input type="checkbox"/> 手術室からの連絡があるまで病棟で過ごします</div><div><input type="checkbox"/> 検査後の注意事項を説明します</div><div><input type="checkbox"/> 手術室から帰ってきた後は、しばらくふらつく事があります</div><div><input type="checkbox"/> しっかりと目が覚めるまで経過を見させていただきます</div></div></div> |                    | <div><div><input type="checkbox"/> 忘れものがないように確認をお願いします</div></div>                                                               |
| 「栄養管理/褥瘡対策」要判断 | <div><input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性</div>                                                                                                                                                                                        | <div></div> | 「手術/検査日程」要入力                                                                                                                                                                                                                                                  | 実施有無: <div>有</div> | 日程: <div></div>                                                                                                                  |
|                | <div><input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性</div>                                                                                                                                                                                     | <div></div> |                                                                                                                                                                                                                                                               | 内容: <div></div>    |                                                                                                                                  |

主担当医氏名:  印  主担当医以外の担当者:

注) 上記の内容・期間は現時点で考えられるものであり、今後状態の変化に応じて変わることが考えられます。

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: