

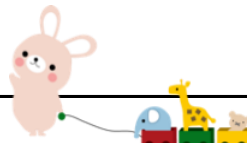
全身麻酔下内視鏡検査 / 前処置なし の患者さん (入院診療計画書)

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	・ 検査の必要性がわかる ・ 検査の注意事項がわかる		・ 検査の必要性がわかる ・ 検査前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	・ 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 		・ 点滴をつづけます 	・ 目が覚めて水分をがとれたら、点滴を抜きます ・ 目が覚めるまでモニターで観察します ・ 夜間はモニターで観察します	夜間はモニターで観察します
活動	病棟内は自由です 		病棟内は自由です	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	病棟内は自由です
食事	食事があります 		・ 食事はありません ・ 水分は看護師が説明した時間まで飲むことができます 	・ 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 ・ 水分がとれたら、食事を食べることができます ・ 夕食があります	朝食があります 
清潔	シャワー浴または清拭を行います		検査日なのでシャワー浴はありません		
説明 ・ 指導	☐ 病棟内の説明をします ☐ 内視鏡の同意書を看護師にお渡しください ☐ 麻酔の同意書を看護師にお渡しください ☐ 身体抑制の同意書を看護師にお渡しください		☐ 手術室からの連絡があるまで病棟で過ごします 	☐ 検査後の注意事項を説明します ☐ 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 ☐ 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	☐ 忘れものがないように確認をお願いします
「栄養管理/ 褥瘡対策」 要判断	☐ 特別な栄養管理の必要性		「手術/検査日程」要入力	実施有無： ☒ 有	日程：
	☐ 褥瘡対策に関する計画の必要性			内容：	

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: