

入院診療計画書 (超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引検査を受けられる方へ)

ID番号 @PATIENTID
病名 (他に考える病名)

氏名 @PATIENTNAME

様

症状

@PATIENTWARD

病棟 @PATIENTROOM

号室

担当医師 @USERNAME




印

担当看護師

担当薬剤師

その他の担当者名

@SYSDATE

月日	@SYSDATE	月 日 ()		月 日 ()
経過	入院 	検査当日：検査前	検査当日：検査後	退院 
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・病気について理解できる。 ・検査の必要性と注意について理解できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みや症状を伝えることができる。 		<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活の注意点が理解できる。
検査		<p>超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引検査</p> <p>順番が来ましたら、無理のない方法で内視鏡室へ移動します。終了後、車椅子で帰室します。</p>  		<ul style="list-style-type: none"> ・血液検査があります。 
観察	<ul style="list-style-type: none"> ・入院後、体温・脈拍・血圧測定をします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査前に体温・脈拍・血圧測定をします。 ・検査後に痛みや吐気などの症状がないか確認します。 		<ul style="list-style-type: none"> ・痛みや出血がなければ退院できます。
注射		<ul style="list-style-type: none"> ・午前中に看護師が右手に点滴をします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴は翌日まで続きます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・午前中の抗生剤終了後、点滴を抜去します。
内服	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師が内服中の薬を全て確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝7時までに指示された薬を内服してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査後の昼・夕の内服は、指示された薬のみ内服してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・いつも通り内服してください。
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・いつも通り食事を召し上がってください。 ・夜の9時以降は何も召し上がらないでください。 ・水分は飲むことができます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝から絶食です。 ・朝7時までは水分をとることができます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査終了後3時間経過したら、水分をとることができます。 ・終日絶食です。 	<ul style="list-style-type: none"> ・いつも通り食事を召し上がってください。
行動	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません。 		<ul style="list-style-type: none"> ・術後はベット上安静となりますので、検査後は尿器またはポータブルトイレを使用してください。 ・術後3時間後よりトイレには歩行できません。 	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません。 
説明	<ul style="list-style-type: none"> ・医師から検査の説明があります ・看護師から入院時の説明と翌日の検査についての説明があります 		<ul style="list-style-type: none"> ・医師・看護師から、検査後の過ごし方や注意点について説明があります。 	

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい。

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No.58-1) 承認月日 (17年 2月 8日)

特別な栄養管理の必要性
有 ・ 無

上記内容について説明を受け同意いたしました。

署名: _____ 続柄: _____