

入院診療計画書 (内視鏡的胃粘膜切除術 月曜日入院) 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

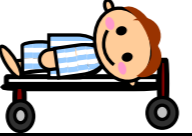

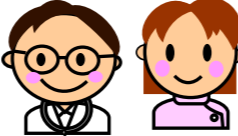
担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

| 月日 | 月 日 (月) | 月 日 (火) | 月 日 (水) | 月 日 (木) | 月 日 (金) | 月 日 (土) | 月 日 (日) |
|----|---|--|---|-----------------------------------|-------------------------|---|--------------------------|
| 経過 | 入院日：治療前日 | 治療当日：治療前 | 治療当日：治療後 | 治療後1日 | 治療後2日 | 治療後3日 | 治療後4日 |
| 目標 | ・医師の説明が分かり安心して検査・治療を受けることができる。 | ・痛みや症状を伝えることができる。 | | | ・食事開始後の痛みや症状を伝えることができる。 | | ・退院後の注意点が理解出来る。 |
| 検査 | ・血液検査・レントゲン・心電図・出血時間の検査を行ないます。 | ・治療後にレントゲン撮影をしてから、お部屋に戻ります。 | ・血液検査・レントゲン撮影・ 内視鏡検査 がありますので、順番まで病室でお待ち下さい。 | | | | |
| 治療 | 内視鏡的粘膜切除術 順番が来たらストレッチャーで内視鏡室へ移動します。終了後、ストレッチャーで帰室します。 | | | | | | |
| 注射 | ・午前中に看護師が点滴をします。 |  | ・本日で点滴終了です。 | | | | |
| 観察 | ・入院後、体温・脈拍・血圧を測定します。 | ・体温・脈拍・血圧を測定します。 | ・治療後に痛みや出血がないか確認します。 ・体温・脈拍・血圧を測定します。 | ・治療後の便の性状(黒色便の有無)を確認します。 | | | |
| 内服 | ・薬剤師が内服中の薬を全て確認します。いつもどおり内服して下さい。 | ・朝7時までに指示された薬を内服して下さい。 ・ 当日朝より胃薬を内服していただきます。 | ・治療後の内服は医師の指示にしたがってください。 | ・指示に従って内服して下さい。 | | | |
| 食事 | ・夜9時以降は 絶食 となります。水分は摂ることが出来ます。 | ・ 絶食 です。 ・朝7時までは水分を摂ることが出来ます。 | ・治療後は 絶食 です。 | ・ 絶食 です。 ・水分は摂ることが出来ます。 | 三分粥 | 五分粥 | 全粥 |
| 行動 | ・制限はありません。 | ・必要時、病室にて治療前に尿道カテーテルを挿入します。 ・血栓予防のため靴下をはきます。 | ・治療後はベッド上安静になりますので、尿器又はポータブルトイレを使用して下さい。 | ・医師の診察後、病棟内は自由に歩行出来ます。 | | ・制限はありません、入浴が出来ます。  | |
| 説明 | ・医師が治療についての説明を行ないます。また、看護師が入院時の説明と治療の説明を行ないます。 | ・医師・看護師が治療後の注意点や過ごし方について説明します。 |  | ・栄養士より治療後の食生活について説明があります。 | | | ・看護師から退院後の生活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。

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号：No.7 承認月日：平成25年11月11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： |
|-----|-----|