










# 入院診療計画書－内視鏡的 大腸 粘膜下層剥離術を受けられる患者様へ－

患者氏名		様		病名							
				症状							
				病棟			特別な栄養管理の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
		手術前日		手術当日		手術1日目		手術2日目～6日目(退院)			
		手術前		手術後							
目標	<input type="checkbox"/> 検査・治療の必要性和流れがわかる		<input type="checkbox"/> 検査・治療の必要性和流れがわかる <input type="checkbox"/> 心身ともに検査・治療を受けられる		<input type="checkbox"/> 合併症がない <input type="checkbox"/> 安静保持に対する苦痛が最小限に抑えられる				<input type="checkbox"/> 退院後の生活上の注意点を理解できる		
検査	<input type="checkbox"/> 心電図があります <input type="checkbox"/> 入院時採血があります <input type="checkbox"/> 胸のレントゲンがあります						<input type="checkbox"/> 採血があります <input type="checkbox"/> 胸のレントゲンがあります 				
処置	<input type="checkbox"/> 抗凝固剤の中止と確認をします お薬手帳のある方はお持ちください <input type="checkbox"/> 弾性ストッキングのサイズ測定をします		<input type="checkbox"/> 右手に点滴をします <input type="checkbox"/> 尿の管を挿入します <input type="checkbox"/> 上下別の病衣・弾性ストッキングを着用します				<input type="checkbox"/> 尿の管を抜きます				
薬	<input type="checkbox"/> 就寝前(21時)に緩下剤を内服します 		<input type="checkbox"/> 持参薬は中止します (継続の場合は説明があります) <input type="checkbox"/> 5時30分に吐き気止めを内服します <input type="checkbox"/> 6時から下剤4L(最低3L)は内服します						<input type="checkbox"/> 指示が出たら持参薬を再開します <input type="checkbox"/> 手術3日目から緩下剤を内服します		
点滴			<input type="checkbox"/> 朝から持続点滴が始まります						<input type="checkbox"/> 手術後3日目で点滴は終了です		
食事	<input type="checkbox"/> 低ザンサ食をお出しします 		<input type="checkbox"/> 朝から絶食です <input type="checkbox"/> お水のみ 午前10時まで飲むことができます		<input type="checkbox"/> 絶飲食です 		<input type="checkbox"/> 主治医診察後より水分摂取ができます		<input type="checkbox"/> 指示が出たら食事が始まります (状態により食事形態は変更していきます)		
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません				<input type="checkbox"/> ベッド上安静です 		<input type="checkbox"/> 病棟内では制限はありません		<input type="checkbox"/> 制限はありません		
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴はできます 						<input type="checkbox"/> 看護師が身体を拭きます		<input type="checkbox"/> シャワー浴はできます	
	看護							<input type="checkbox"/> 尿の管を抜いた後に、尿が出るかを確認します			
説明・指導	<input type="checkbox"/> 主治医から検査・治療の説明後同意書のサインをお願いします <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーションをします <input type="checkbox"/> 化粧・マニキュアは除去をしてください		<input type="checkbox"/> 義歯・コンタクトレンズ・アクセサリ・時計などは外してください		<input type="checkbox"/> 主治医より手術結果の説明があります <input type="checkbox"/> 手術後の安静度・絶飲食の説明をします				<input type="checkbox"/> 退院までに退院指導と栄養指導があります 都合の良い日を看護師に伝えてください		

\*状況により予定が変更になることがあります

担当医 \_\_\_\_\_ 印

担当看護師 \_\_\_\_\_

上記内容について説明を受けました

(同意年月日 年 月 日) 本人・代理人 署名 \_\_\_\_\_

尼崎中央病院

(続柄 \_\_\_\_\_)