

# 入院診療計画書－内視鏡的胃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		手術後1日目	手術後2～3日目	手術後4日目～10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"/> 心身共に平静に検査・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を理解できる
検査	<input type="checkbox"/> 入院前に採血があります <input type="checkbox"/> 胸のレントゲンがあります <input type="checkbox"/> 心電図があります			<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 <input type="checkbox"/> 確認の為に胃カメラがあります		<input type="checkbox"/> 手術後6日目に採血があります 
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下さい <input type="checkbox"/> 弾性ストッキングのサイズを測定します	<input type="checkbox"/> 右手から点滴をします <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て検査に行きます		<input type="checkbox"/> 14時に尿の管を抜く予定です		
薬			<input type="checkbox"/> 夕方から水薬が1日3回開始になります			<input type="checkbox"/> 手術後4日目から胃薬を内服します
点滴		<input type="checkbox"/> 朝から点滴が始まります	<input type="checkbox"/> 持続点滴です			<input type="checkbox"/> 手術後4日目で点滴は終了になります
食事	<input type="checkbox"/> 食事は食べられます	<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"/> 薬以外は飲んだり食べたりできません			<input type="checkbox"/> 手術後4日目から食事が始まります
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません		<input type="checkbox"/> ベッド上での安静になります	<input type="checkbox"/> 尿の管を抜いた後は制限はありません		
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> 入浴またはシャワー浴ができます				<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます
	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に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"/> 化粧やマニキュアは落として下さい	<input type="checkbox"/> 入れ歯・コンタクトレンズ アクセサリ・時計などは外して下さい 	<input type="checkbox"/> 医師から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 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)