





# 入院診療計画書—大腸内視鏡検査・胃内視鏡検査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

		入院前	入院日(検査1日目)	退院日(検査2日目)
目標		<input type="checkbox"/> 検査・治療の必要性・流れがわかる	<input type="checkbox"/> 心身ともに平静に検査・治療が受けられる <input type="checkbox"/> 下血がない <input type="checkbox"/> 安静解除後の注意事項がわかる	<input type="checkbox"/> 退院後の生活上の注意点を理解できる
検査手術		<input type="checkbox"/> 採血など必要な検査を行います	<input type="checkbox"/> 検査室にて大腸内視鏡検査を行います <input type="checkbox"/> ポリープがあれば切除します	<input type="checkbox"/> 検査室にて胃内視鏡検査を行います
薬		<input type="checkbox"/> 寝る前に液体の下剤1本を コップ半分の水で溶かしてお飲みください <input type="checkbox"/> 現在服用中の薬は必ずお持ち下さい <input type="checkbox"/> 抗凝固剤を内服していませんか 月 日より内服を中止してください <input type="checkbox"/> 当日必要な内服は服用してください	<input type="checkbox"/> 朝は自宅で必要な薬を内服します <input type="checkbox"/> 持ってきた薬を確認しますので看護師に渡してください <input type="checkbox"/> 下剤を2時間かけてゆっくり飲んで頂きます	
点滴			<input type="checkbox"/> 右腕に点滴をします	<input type="checkbox"/> 点滴をします
食事		<input type="checkbox"/> 前日午後9時以降は絶食をお願いします <input type="checkbox"/> 起床時にコップ2杯のお水を飲んでください	<input type="checkbox"/> 夕食のみ全粥食が出来ます <input type="checkbox"/> 午後9時以降の絶食の確認をします	<input type="checkbox"/> 朝は絶食となります (朝7時までは水は摂取できます)(お茶不可) <input type="checkbox"/> 検査後は昼食からお粥等(線維の少ないもの)を食べられるようになります
安静度			<input type="checkbox"/> 検査後2時間はベット上安静にして頂きます	<input type="checkbox"/> 検査後2時間はベット上安静にして頂きます
ケア	観察		<input type="checkbox"/> 昨夜下剤を飲んだ後に排便があったかどうかを看護師にお知らせください <input type="checkbox"/> 排便ごとに必ず看護師に見てもらってください 排便が不十分な時は医師の指示に従って浣腸をすることがあります <input type="checkbox"/> 検査前・検査後・帰室時に血圧や熱などを測ります <input type="checkbox"/> 検査後に腹痛や出血があればお知らせください	<input type="checkbox"/> 一般状態のチェックをします
	看護		<input type="checkbox"/> 病衣を希望される方は看護師に申し出てください <input type="checkbox"/> 化粧やマニキュアをされている方はおとしてください	
説明・指導		<input type="checkbox"/> 当日朝9時までの来院してください <input type="checkbox"/> 入院時の説明と書類・検査の同意書をお渡しします <input type="checkbox"/> 当日は化粧やマニキュアをしないでください <input type="checkbox"/> 他の病気があれば申し出てください	<input type="checkbox"/> 外来看護師に同意書を渡してください	<input type="checkbox"/> 次回の診察予約日・注意事項等の説明を受けて 昼前後に退院となります 

\*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 \_\_\_\_\_)