

入院診療計画書・短期滞在手術同意書ーポリペクトミーを受けられる患者様へー

患者氏名 _____ 様

病名			
症状			
病棟	特別な栄養管理	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

		入院前	入院日(検査当日)	退院日(検査翌日)
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"/> 検査室にて検査を行います <input type="checkbox"/> ポリープがあれば切除します。	
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 自宅で必要な薬は内服します <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"/> 帰宅後は止血剤入りの点滴を行います	<input type="checkbox"/> 点滴を1本します
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"/> 夕から重湯やスープの食事をお出します <input type="checkbox"/> 午後9時以降の絶食の確認をします	<input type="checkbox"/> 朝からお粥(線維の少ない)食事に 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	
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・帰宅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"/> 外来看護師に同意書を渡してください <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"/> ポリープの大きさ等で入院期間・点滴・食事など変更されることがあります その際は ご説明いたします <input type="checkbox"/> 朝9時までに来院してください <input type="checkbox"/> 大腸ポリープがなければ退院です	<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

* 術後のリスクに関しては手術承諾書を参照してください

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 _____)