


# 内視鏡検査（1泊2日入院当日検査）の患者さん（入院診療計画書）

患者ID: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 病棟: \_\_\_\_\_ 病室: \_\_\_\_\_  
 患者氏名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

経過	入院日 ( / )		退院日 ( / )
	検査前	検査後	
患者目標	安全に内視鏡検査ができる 検査の必要性がわかる	腹痛や出血がない 検査後の注意事項がわかる	腹痛や出血がない 検査後の注意事項がわかる
治療・処置	採血、点滴をします 浣腸をします 浣腸の後の便を見させていただきます	目が覚めるまでモニターで観察します 目が覚めて水分をがとれたら、点滴を抜きます	
活動	病棟内は自由です 	病棟内は自由です	病棟内は自由です
食事	食事はありません	しっかり目が覚めたら、看護師見守りのもと水分をとっていただきます 水分がとれたら、食事を食べることができます	朝食がでます
清潔	検査の日なのでシャワー浴はありません		
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性について評価します <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性について評価します <input type="checkbox"/> 内視鏡の同意書を看護師にお渡しください <input type="checkbox"/> 鎮静の同意書を看護師にお渡しください	<input type="checkbox"/> 鎮静剤を使用した場合、しばらくふらつく事があります しっかり目が覚めるまで経過を見させていただきます	<input type="checkbox"/> 腹痛、下血が続く場合はご連絡ください 
主担当医氏名: _____ 印 _____ 主担当医以外の担当者: _____ _____ 年 _____ 月 _____ 日 上記の説明を受けました。 患者・家族サイン: _____ (続柄) _____			
		メモ: <b>★前日までに内視鏡同意書と鎮静同意書を記載し、忘れずに持参してください</b>	