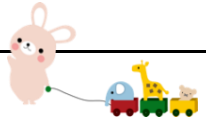
全身麻酔下内視鏡検査 / 前処置あり の患者さん　（入院診療計画書）

患者ID：　　性別：　　生年月日：　　病棟：　　病室：

患者氏名：　　病名：　　症状：

入院日：

経過	入院1日目	入院2日目		入院3日目（退院日）
	1900/1/0	1900/1/1		1900/1/2
		検査前	検査後	
患者目標	・検査の必要性がわかる ・検査の注意事項がわかる	・検査の必要性がわかる ・検査前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	・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 ・昼食後から下剤を飲みます ＊下剤の種類と量を説明します ・浣腸をします ＊排便時の便を見させていただきます	・点滴をつづけます ・下剤を飲みます ＊排便時の便を見させていただきます	・目が覚めて水分をがとれたら、点滴を抜きます ・目が覚めるまでモニターで観察します	夜間はモニターで観察します
活動	病棟内は自由です	病棟内は自由です 	しっかりと目が覚めた後、看護師見守りのもとで病棟内は自由です	病棟内は自由です
食事	・昼食は検査用の食事があります ・夕食はありません	・食事はありません ・水分は看護師が説明した時間まで飲むことができます	・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 ・夕食があります	朝食があります
清潔	シャワー浴または清拭を行います	検査日なのでシャワー浴はありません		
説明・指導	☐ 病棟内の説明をします ☐ 内視鏡の同意書を看護師にお渡しください ☐ 麻酔の同意書を看護師にお渡しください ☐ 身体抑制の同意書を看護師にお渡しください	☐ 手術室からの連絡があるまで病棟で過ごします	☐ 検査後の注意事項を説明します ☐ 手術室から帰ってきた後は、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	☐ 忘れものがないように確認をお願いします

「栄養管理/褥瘡対策」要判断			「手術/検査日程」要入力		
	☐ 特別な栄養管理の必要性		実施有無：	有	日程：
	☐ 褥瘡対策に関する計画の必要性		内容：		

主担当医氏名：　　印　　主担当医以外の担当者：

注）上記の内容・期間は現時点で考えられるものであり、今後状態の変化に応じて変わることが考えられます。

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：

2024/3/25　作成