

別紙 入院診療計画書

内視鏡的逆行性胆管膵管造影・内視鏡的乳頭切開術を受けられる方へ _____ @patientname 様

医師 _____

看護師 _____

経過 月 日	手術前日(入院日)	当日(検査・治療前)	当日(検査・治療後)	手術を検査・治療後1日目	手術を検査・治療後2日目	手術を検査・治療後3日目(退院日)
目標	<ul style="list-style-type: none"> 検査治療について理解できる 検査治療について不安なことがあれば伝えることができる 	<ul style="list-style-type: none"> 検査治療について不安なことがあれば伝えることができる 	<ul style="list-style-type: none"> 血圧・脈拍が安定し、吐き気、腹痛、背部痛などの症状を伝えることができる 安静が守られている 飲水・食事について理解できる 			<ul style="list-style-type: none"> 吐き気、腹痛、背部痛がなく日常生活に支障がない
治療		<ul style="list-style-type: none"> 治療は午後にあります 車椅子またはストレッチャーで透視室へ移動します 				
注射		<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示で必要な点滴があります 				
内服薬	<ul style="list-style-type: none"> 薬を服用中の方は看護師にご提示下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 医師に許可された朝の薬は6時に飲んで下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 食事が始まるまでは薬は飲まないでください 			<ul style="list-style-type: none"> 薬はご本人の管理となります 
検査		<ul style="list-style-type: none"> 車椅子またはストレッチャーで透視室まで案内します 	<ul style="list-style-type: none"> 検査・治療2時間後に血液検査があります 透視室からはストレッチャーで帰室します 	<ul style="list-style-type: none"> 朝、血液検査があります 		
安静度	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 		<ul style="list-style-type: none"> ベット上安静です 採血結果、医師の許可があれば、飲水およびトイレ歩行ができます 	<ul style="list-style-type: none"> 検査の結果により、病棟内歩行ができます 		<ul style="list-style-type: none"> 血液検査の結果により病院内歩行可能です 
食事	<ul style="list-style-type: none"> 夕食後は絶食です 水分(お茶・水)はとれます 	<ul style="list-style-type: none"> 絶食です 水分(お茶・水)は1時まで可能です 	<ul style="list-style-type: none"> 絶飲食です 血液検査の結果により水分がとれません 	<ul style="list-style-type: none"> 検査によって食事開始時期がきまります 		
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 			<ul style="list-style-type: none"> 清拭のみ可能です 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の許可があればシャワー浴は可能です 	
説明	<ul style="list-style-type: none"> 入院案内および、検査・治療の説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> うで時計、義歯、靴下、腹巻、ヘアピン、貴金属は取り外してください 検査・治療の体位は腹臥位(ふくがい・顔を横向けにし、うつ伏せに寝た状態)になります 	<ul style="list-style-type: none"> 医師より当日もしくは後日、検査・治療結果の説明があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査目的で入院された方は、検査翌日昼食後に医師の診察後、退院となります 検査後はアルコール・脂肪類の摂取は1週間控えてください 		<ul style="list-style-type: none"> 看護師より退院についての説明があります

※病状によって医師より安静度、清潔、退院日など変更される場合があります

※分からないことがありましたら、その都度看護師にお聞きください

以上につき、____年 ____月 ____日 主治医から説明を受けました。

患者署名: _____

代理人: _____

(続柄 _____)