

入院診療計画書

内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を受けられる

様へ

入院説明日：

入院時の診断・病態

診療科：消化器内科

病棟：

月日(日時)	外来	入院日	入院2日目/手術当日	手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目	手術後4日目/退院日
経過(病日等)	手術前日	手術前	手術後				
目標	<input type="checkbox"/> 治療(検査)の目的を理解し同意している <input type="checkbox"/> 入院準備ができる	<input type="checkbox"/> 手術に必要な準備ができる <input type="checkbox"/> 心身共に検査・治療を受けることができる	<input type="checkbox"/> 手術後の副作用がない <input type="checkbox"/> 腹痛・出血・発熱がない	<input type="checkbox"/> 治療で使用する薬による副作用がない(腎臓の機能の悪化・アレルギー症状) <input type="checkbox"/> 発熱がなく、血圧が安定する <input type="checkbox"/> 腹痛がない <input type="checkbox"/> 出血の有無にあわせて安静度が拡大する	<input type="checkbox"/> 退院後の生活の注意点が理解出来る <input type="checkbox"/> 腹痛・出血がない		
注射		<input type="checkbox"/> 500mLの点滴と胃酸の分泌を抑制する静脈注射が1本あります。 <input type="checkbox"/> 出棟時に麻酔を効きやすくする為、筋肉注射をして500mLの点滴をします <input type="checkbox"/> 手術中は眠くなる薬を使います	<input type="checkbox"/> 500mLの点滴と胃酸の分泌を抑制する静脈注射が1本あります	<input type="checkbox"/> 500mLの点滴2本と胃酸の分泌を抑制する静脈注射が朝・晩あります			
処置・薬	<input type="checkbox"/> お薬の確認をします。 インスリン・血糖降下薬(血糖を下げる薬)・抗凝固剤・抗血小板剤(血をサラサラにする薬)・胃薬を使っている方は申し出て下さい <input type="checkbox"/> 常用している薬があれば、入院時にご持参ください	<input type="checkbox"/> 持参薬の確認をします 血糖降下剤・抗凝固剤・抗血小板剤・胃薬の有無を確認します。	<input type="checkbox"/> 朝の薬は6時に内服してください <input type="checkbox"/> 点滴の針は右手に挿入します <input type="checkbox"/> 朝から点滴があります <input type="checkbox"/> 手術へ行く前に肩に注射します	<input type="checkbox"/> 夕食後より、トロンピンとマルファ剤(止血のための薬)の内服薬が3日間とアルサルミン(胃薬)が7日間はじまります。 <input type="checkbox"/> その他の薬も医師の指示により、夕から再開です	<input type="checkbox"/> 朝の薬は起床時に飲んでください。血糖降下薬がある場合は、医師の指示まで内服中止です <input type="checkbox"/> 朝のマルファ・トロンピンは、胃カメラ終了後に内服です。 <input type="checkbox"/> 点滴が終われば点滴の針を抜きます	<input type="checkbox"/> ラベプラゾール(胃薬)3日分が開始になります	<input type="checkbox"/> 退院処方があります
検査	<input type="checkbox"/> 採血・尿検査があります。 その他検査があれば説明します		<input type="checkbox"/> 内視鏡的粘膜下層剥離()の予定です	<input type="checkbox"/> 採血があります <input type="checkbox"/> 胃カメラがあります <input type="checkbox"/> 胃カメラ前にレントゲンがあります <input type="checkbox"/> レントゲン・胃カメラは車椅子で行きます			<input type="checkbox"/> 採血があります
観察		<input type="checkbox"/> 身長体重を測ります <input type="checkbox"/> 体温・血圧・脈拍を測ります <input type="checkbox"/> 入院前の生活状況を伺います		<input type="checkbox"/> 心電図モニターを装着します	<input type="checkbox"/> 痛み・冷感・出血・吐き気などあればナースコールでお知らせ下さい <input type="checkbox"/> 胃カメラで問題なければモニター除去します	<input type="checkbox"/> 便を観察して下さい <input type="checkbox"/> 出血又は黒い便などあればお知らせ下さい	
活動		<input type="checkbox"/> 制限はありません	<input type="checkbox"/> 治療前に病衣に着替えていただきます <input type="checkbox"/> 車椅子で検査室へ行きます	<input type="checkbox"/> ストレッチャーで部屋に帰ります <input type="checkbox"/> 手術後4時間ベッド上安静です <input type="checkbox"/> 4時間後はトイレのみ歩行できます	<input type="checkbox"/> 胃カメラへは車椅子でいきます <input type="checkbox"/> 胃カメラ・採血で問題なければ病棟内自由です	<input type="checkbox"/> 院内自由です	
食事		<input type="checkbox"/> 朝8時・昼12時・夜18時に食事配膳をします <input type="checkbox"/> 22時以降は絶飲食です	<input type="checkbox"/> 治療前に病衣に着替えていただきます <input type="checkbox"/> 車椅子で検査室へ行きます	<input type="checkbox"/> 朝から絶食です <input type="checkbox"/> 朝の6時内服以降は絶飲食です <input type="checkbox"/> 飲水は内服時のみ可です。	<input type="checkbox"/> 胃カメラで問題なければ、1時間後から飲水できます。 <input type="checkbox"/> 胃カメラで問題なければ、夕食から流動食がはじまります <input type="checkbox"/> コーヒー・炭酸水は飲んで頂けません	<input type="checkbox"/> 朝より3分粥になります <input type="checkbox"/> 朝より5分粥食になります	<input type="checkbox"/> 4日目朝より全粥食になります
清潔		<input type="checkbox"/> 入浴してください			<input type="checkbox"/> お体を拭きます	<input type="checkbox"/> お体を拭きます	<input type="checkbox"/> お体を拭きます
排泄			<input type="checkbox"/> 手術前に尿の管を入れます	<input type="checkbox"/> 4時間後には尿の管を抜くことができます <input type="checkbox"/> 翌日の朝9時まで尿を溜めて下さい(蓄尿)	<input type="checkbox"/> 尿の管が入っていれば抜きます <input type="checkbox"/> 病棟のトイレを使用して下さい		
患者様及びご家族への説明・書類	<input type="checkbox"/> 入院申し込みの説明をします <input type="checkbox"/> 日常生活について伺います <input type="checkbox"/> 必要物品の説明をします <input type="checkbox"/> 同意書の持参 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書 <input type="checkbox"/> 禁煙の説明をします	<input type="checkbox"/> 連絡先の確認をします <input type="checkbox"/> 安全について説明します <input type="checkbox"/> 病棟の案内・入院診療計画書の説明をします <input type="checkbox"/> 医師から手術の説明を受け理解したうえで、同意書にサインをして看護師に提出してください <input type="checkbox"/> 看護師からも治療前後の流れを説明します	<input type="checkbox"/> 化粧・マニキュア・メガネ・時計・入れ歯・指輪・湿布・カイロなどは外して下さい <input type="checkbox"/> 貴重品はご家族にお預け下さい <input type="checkbox"/> お一人の方はスタッフにご相談下さい	<input type="checkbox"/> 鎮静剤による転倒・転落にご注意下さい <input type="checkbox"/> 排便時、出血があればお知らせ下さい <input type="checkbox"/> 治療後に便い便が出る事がありますが、出血との確認が必要ですので、排便時はお知らせ下さい。			<input type="checkbox"/> 次回受診日お知らせします <input type="checkbox"/> 退院後は禁酒して下さい <input type="checkbox"/> 便を観察し、黒い便が出たり出血があれば受診して下さい <input type="checkbox"/> 熱いお風呂に入ったり、激しい運動は避けましょう <input type="checkbox"/> 食事は柔らかく消化のよいものを食べてください <input type="checkbox"/> 固すぎたり熱すぎや冷たすぎなもの、刺激物は避けましょう

上記の説明を受け、理解しましたので同意します

平成 年 月 日

説明医師：

☺

受持ち看護師：
説明看護師：

患者または

家族氏名：

注1：病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わることがあります。
注2：入院期間については現時点で予想される期間です。ご了承ください。