

入院診療計画書（間質性肺疾患精査 火曜入院 水曜気管支鏡検査）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

氏名 @PATIENTNAME

様 @PATIENTWARD
症状

病棟 @PATIENTROOM

号室

担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

その他担当者名

@SYSDATE

月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
経過	入院日	気管支鏡検査当日（検査前）	気管支鏡検査当日（検査後）	検査後1日目	検査後2～4日目	検査後5日	検査後6～8日目	検査後9日目
目標	検査の目的と内容について理解することができる。	検査内容を理解し、心身ともに安心して検査を受けられる。	合併症なく過ごすことができる。 安静を守ることができる。					退院後の自宅療養の注意点について理解して退院出来る。
検査	<ul style="list-style-type: none"> 心電図検査、胸部レントゲン検査、血液検査、尿検査、呼吸機能検査、CT検査があります 入院中に6分間でどのくらい歩行出来るか検査があります。 息切れなどについての質問票があります。記入できたら医師に渡してください。 	気管支鏡検査をします。 レントゲン室または呼吸器内科外来で検査をおこないます。 検査の前に歯磨きをしましょう	がんばりましょう！ 	<ul style="list-style-type: none"> 胸部レントゲン写真を撮ります 			<ul style="list-style-type: none"> 採血があります 骨塩定量の検査があります 	お大事に！ 
処置		（呼吸器内科外来にて） ・気管支鏡がスムーズに喉を通るように吸入をします。 ・スプレーを使って喉に麻酔をします	酸素吸入をしながら検査を受けます 	<ul style="list-style-type: none"> 循環器内科の受診があります 				
観察	体温、血圧、脈拍、酸素量など測定を1日1回行います。	<ul style="list-style-type: none"> 検査前に熱や脈、血圧、酸素量を測ります。 検査中は血圧、酸素量を測る器械をつけて観察します。 	検査終了後、病室へ戻り血圧、脈拍、酸素量を測る器械をつけながら、1時間くらい経過をみます。その間はベッドの上で安静にしてください。	体温、血圧、脈拍、酸素量など測定を1日3回行います。	体温、血圧、脈拍、酸素量など測定を1日1回行います。			
注射		<ul style="list-style-type: none"> 点滴をします。 落ち着いて検査を受けられるよう、肩に注射をします 	検査2時間後、水分を摂取して問題がなければ点滴を抜きます。					
内服	持参した内服薬があれば、薬剤師と看護師が確認します。許可されている薬のみ内服してください。	朝は指示された薬のみ内服してください。	検査終了2時間後から内服許可されている薬は飲んで構いません。					
食事	制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝食は食べて構いません。その後は何も食べないでお待ちください。 水分（水やお茶、*カシエット）は午前11時までは摂取しても構いません。それ以降は何も飲まないでお待ちください。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査後2時間（時分まで）はなにも口に出来ません。 検査後2時間経過したら、看護師見守りのもと水分を摂取します。むせりがなければ飲食可能となります。 	制限はありません。 				
行動	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活に制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査に行く前にトイレを済ませ、入れ歯がある方は外してください。 ボタンのついた服は着用せず、病衣を着用してお待ちください。湿布やカイロは外してください。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査終了後から病室に帰ってくるまでは車椅子で移動します。 検査後1時間はベッドに横になって休んでいただきます。眠気が覚めたらトイレなど歩行しても構いません。 	日常生活に制限はありません。				
説明	看護師から入院生活や気管支鏡検査について説明があります。薬剤師から持参薬の確認があります		喀血や血痰が見られることがあります。その場合は確認のため看護師にお知らせください。	退院後の注意点（感染予防、息切れ時の対応、呼吸訓練）について説明します。				

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合は、食事の欄に記載してもよい。

福島県立医科大学附属病院

パス承認番号 (No.165-1)

承認（更新）月日（H25年2月27日）

特別な栄養管理の必要性

有 ・ 無

上記内容について説明を受け同意いたしました。

署名：

続柄：