

入院診療計画書 (内視鏡的逆行性膵胆管造影検査・治療を受けられる方へ)

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

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

月日	検査当日	月 日 ()	月 日 ()
経過	検査前	検査後	検査後1日
目標	<ul style="list-style-type: none"> 痛みや吐き気、発熱の症状を伝えることができる。 		
検査	<ul style="list-style-type: none"> 順番が来たら、ストレッチャーで透視室へ移動します。 検査3時間後 (:) に採血の検査があります。 		<ul style="list-style-type: none"> 採血検査があります。
観察	<ul style="list-style-type: none"> 体温・脈拍・血圧測定をします。 痛み・吐き気・発熱がないか確認します。 		
注射	<ul style="list-style-type: none"> 点滴翌日まで続きます。 		
内服	<ul style="list-style-type: none"> 点滴があります。 抗生剤の点滴があります (10時と20時) 		
食事	<ul style="list-style-type: none"> 朝食は絶対です。 検査終了後3時間の採血結果をみて、医師の許可があれば水・お茶をのむことができます。 検査後は絶食です。 検査終了後3時間の採血結果をみて、医師の許可があれば水・お茶をのむことができます。 		
行動	<ul style="list-style-type: none"> ベッド上安静となります。 検査後は尿器またはポータブルトイレをご使用ください。 病棟内歩行ができます。 シャワー浴ができます。 		
説明	<ul style="list-style-type: none"> 医師・看護師から、検査後の過ごし方や注意点について説明があります。 		

注1) 病名は理時点で作られるものであり、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。

有 ・ 無

福島県立医科大学附属病院 ハス承認番号 (No. 254) 承認月日 (平成29年 3月 2日)

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: