













ID:

様 入院診療計画書 病名/症状(

/

)大腸の粘膜下層剥離術・ESDを受けられる方へ

|                            | 入院日<br>( / )   | 検査当日<br>( / )   | 治療後1日目<br>( / )  | 治療後2日目<br>( / ) | 治療後3日目<br>( / )  | 退院<br>( / )  |
|----------------------------|--|---|--|-----------------|--|--|
| 検査<br>処置                   |  | <br>朝、7時より下剤の内服を始めます       | 朝、採血があります<br>医師の指示があればレントゲン検査があります   |                 |  | 退院になります           |
| 薬                          | 状況に応じ薬剤師がご説明に伺います  | 血糖降下剤・インスリンは中止または変更になる場合があります<br>心臓、血圧の薬は内服します  |  |                 |  |  |
| 注射                         |  | 午前中より点滴を始めます (右手)<br>抗菌薬を点滴します  | 点滴があります         |                 |  |  |
| 食事                         | 食事は摂取できます                   | 絶食です <br>治療3時間後より水分は摂取できます | 絶食です お水は摂取できます  |                 | 朝から流動食、<br>昼から全粥食が始まります  | 朝から<br>一般食が始まります  |
| 特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無 (どちらかに○) |  |   |  |                 |  |  |
| 清潔                         | 入浴できます                      | 入浴できません   | 清拭タオルをお持ちします    |                 | シャワー浴ができます  |  |
| 活動<br>休息                   | 制限はありません   | 治療後はトイレ以外なるべく安静にしてください  | 病棟内、安静です   |                 | 制限はありません    |  |
| 排泄                         | 制限はありません   | トイレまでは歩けます  |  |                 |  |  |
| リハビリ                       | リハビリが必要な場合は別途「総合実施計画書」を作成し、ご説明の上リハビリを開始します   |   |  |                 |  |  |
| 総合的な<br>機能評価               | 65歳以上、又は特定疾病を有する40歳から65歳未満の方は総合的な機能評価を行います   |   |  |                 |  |  |
| 看護計画                       | 担当看護師が看護の計画についてご説明いたします  |   |  |                 |  |  |
| 説明                         | 主治医より治療内容について説明があります   | 医師より治療結果の説明があります  |  |                 |  |  |
| その他                        | 切除後出血を防ぐ為、禁煙になります         | 治療後はしばらくお通じに血液が混ざることがあります<br>便に血液が混ざっているときは、流す前に看護師へお見せください   |  |                 |  |  |

この予定表は、患者さんの状態に応じて変わることがあります。  
何かご質問があれば看護師にお尋ねください。

 主治医  
看護師

 年 月 日  
年 月 日

 管理栄養士 \_\_\_\_\_  
セラピスト \_\_\_\_\_

 患者署名  
代諾者署名

 年 月 日  
(続柄) 年 月 日

薬剤師 \_\_\_\_\_