

CTガイド下生検を受けられる方へ

ID	<<SYPID>>	患者氏名	<<ORIBP_KANJI>> 様
----	-----------	------	-------------------

この計画書は診療の概要を記したものであり、状況に応じて変更することがあります。※何かご不明な点があったら、担当医又は看護師にお尋ねください。

年月日	2018年4月1日		4月2日
経過	検査当日		検査1日目(退院日)
	検査前	検査後	
達成目標	<input type="checkbox"/> 入院中の必要物品が理解できる <input type="checkbox"/> 医師の説明が理解できる <input type="checkbox"/> 検査の方法や副作用についての理解ができる	<input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる <input type="checkbox"/> 針を刺したところの出血や腫れがない <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐がない <input type="checkbox"/> 検査後の安静が守れる	<input type="checkbox"/> 発熱がない <input type="checkbox"/> 痛みを我慢しないで過ごすことができる <input type="checkbox"/> 針を刺したところの出血や腫れがない <input type="checkbox"/> 退院後の生活に不安がない
検査治療処置	<input type="checkbox"/> 必要時、採血 <input type="checkbox"/> 術衣に着替えて検査に行きます 	<input type="checkbox"/> 必要時、CTを撮りに行きます 	
内服薬注射	<input type="checkbox"/> 常用薬があれば薬剤師または看護師にお伝えください ※血をサラサラにする薬は中止します	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 制限なし
活動安静度	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 検査終了後、2～3時間程で安静解除となります	<input type="checkbox"/> 制限なし
食事	<input type="checkbox"/> 入院後は、絶食となります <input type="checkbox"/> 水分も極少量のみとし、()時からは飲まないようにしてください	<input type="checkbox"/> 水分は、医師の指示があれば、()時からは飲めます <input type="checkbox"/> 医師の許可があれば食事摂取してください	<input type="checkbox"/> 常食
清潔	<input type="checkbox"/> 制限なし ※シャワーする場合は午前中までに済ませてください	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 制限なし
排泄	<input type="checkbox"/> 検査に行く前に、排尿を済ませておいてください ※希望があれば、尿の管を挿入します	<input type="checkbox"/> 検査後、尿意や便意があればお知らせください ※ベッド上安静の場合は、尿器や便器を使用します	<input type="checkbox"/> 制限なし
指導説明書類	<input type="checkbox"/> 医師より病状説明(検査に関する説明・同意書配布) <input type="checkbox"/> 患者用パス・入院診療計画書の説明 <input type="checkbox"/> 術前オリエンテーション <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション(ネームバンドの装着) <input type="checkbox"/> 病衣の使用許可	【指導】 ・退院後の生活について指導 【連絡先】 徳島大学病院: 088-631-3111 代表番号になっていますので、退院後は下記にお知らせください 放射線科外来: 088-633-9284	<input type="checkbox"/> 退院指導をします 【退院基準】 ・高い熱がない ・創部の腫れや赤みがない ・痛みの対処ができる ・食事を半分以上摂取できる 
リハビリ・その他			【退院後の治療計画】 ・医師の指示通りに内服を行う 【退院後の生活について】 ・定期的な外来受診を受けてください