

気管支鏡検査を受けられる患者様へ

ID: _____

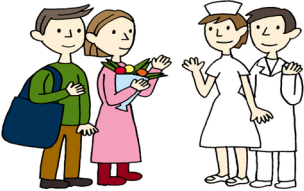
氏名 _____ 様

入院日 _____

病名(症状): _____

主治医 _____ 印

主治医以外の担当者 _____

月日	/		/	
経過(病日)	入院当日(検査前)	検査当日(検査後)	検査翌日(退院日)	
目標	◇治療の説明を受け同意している ◇検査のための絶飲食が守れる ◇検査の準備ができる	◇呼吸状態の悪化がない ◇安静が守れる ◇合併症がない	◇呼吸状態の悪化がない ◇合併症がない ◇退院後の注意点がわかる	
治療・薬剤 (点滴・内服)	入院時より点滴を行います。(消灯前には終了します) 検査室で咽喉麻酔薬を吸入します 検査室で検査開始前に鎮静剤の点滴を行います 検査後の夕方より抗生剤の内服があります		退院前に点滴の針を抜きます	
処置・検査 手術	体温・血圧・脈拍を測ります 検査前に検査着に着替えます 入れ歯、メガネなどの装飾品は はずして下さい	体温・血圧・脈拍を測ります 検査後は朝まで鼻から酸素をします	朝、退院前にレントゲンの検査があります	
移動	検査室へは車椅子で入室します。検査後はストレッチャーで帰室します		病棟内歩行はできます。検査は車椅子で移動します	
安静度	病棟内歩行できます。	帰室後は2時間ベッド上安静となります (排泄は尿器を使用します) 最初の歩行は看護師と一緒にいきます	病棟内歩行できます	
食事	食べ物は摂取できません 12時までは水かお茶の摂取は可能です 特別な栄養管理の必要性(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	検査2時間後に看護師見守りのもと飲水を行います 喉の違和感やむせ込みがなければ、その後の制限はありません (夕食より食事ができます)		
清潔	検査当日は安静となります		退院後入浴できます	
排泄	トイレで行えます	検査後2時間は尿器を使用します 歩行可後はトイレで行えます		
患者様及びご家族への説明生活指導・リハビリ服薬指導栄養指導	●入院中の経過を説明します <input type="checkbox"/> 外来で医師から受け取っている同意書にサインをし、スタッフへ提出してください <input type="checkbox"/> わからないことや不安なことがあれば看護師にお伝え下さい <input type="checkbox"/> 気分がわるいときはナースコールで看護師に知らせてください <input type="checkbox"/> 薬剤師による服薬指導を行います			
			●検査後から退院までの説明をします <input type="checkbox"/> 検査後は鎮静剤を使用しているため、気分がわるい時はナースコールで看護師に知らせてください <input type="checkbox"/> 検査後に痰に血が混じることがありますが、他に症状を伴ったり量が増えることがあれば知らせてください <input type="checkbox"/> 検査翌日はレントゲンの検査後、医師の許可が出てからの退院となります <input type="checkbox"/> 退院時に次回外来予約表をお渡しします	

在宅復帰支援計画書および担当者 : 該当なし / 総合的な機能評価: 該当なし

患者・家族署名 (_____) 年 月 日

4階 東 病棟 / 階 病棟

東千葉メディカルセンター 平成28年9月作成/2021年2月改定