





【 入院診療計画書 : 胃部内視鏡粘膜下層切開剥離術 】

ID

氏名 様

- 【 病名： 胃の早期腫瘍 】
- 【 特別な栄養管理の必要性 : あり なし ※当院では、管理栄養士による栄養評価を行い必要に応じて栄養指導させていただきます。】
- 【 栄養計画 : 食ありの場合→院内約束食事箋に基づき適切な栄養管理に努めます。 食止めの場合→絶飲食の為の輸液管理を行い適切な栄養管理に努めます。】
- 【 総合的機能評価 : あり なし ※総合的機能評価を行う場合の評価結果は別紙にてご説明させていただきます。】

注: 病名/入院期間等は、現時点で考えられるもので検査や治療、病態により変更となる場合があります。

| 経過 | 入院日(手術前日) | 当日 術前 | 当日 術後 |
|------|---|---|---|
| 日時 | 月 日() | 月 日() | |
| 目標 | <input type="checkbox"/> 風邪症状などの体調不良がなく全身の状態が落ち着いている。 | | <input type="checkbox"/> 腹部の痛みが、痛みの評価表(NRS)を用いて5以下でコントロールできる。 <input type="checkbox"/> 下血、吐血、腹痛、下痢などの症状がない。 <input type="checkbox"/> 術中、術後アレルギー症状が出ない。 |
| 注射 | | <input type="checkbox"/> 点滴を開始します。 | <input type="checkbox"/> 点滴は継続します。 |
| 内服 | <input type="checkbox"/> 持参されたお薬とお薬手帳を看護師が確認します。 <input type="checkbox"/> 指示されたお薬を内服しましょう。  | <input type="checkbox"/> 朝6時に胃薬を内服します。 | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 易消化食。 <input type="checkbox"/> 夕食以降は絶食です。 | <input type="checkbox"/> 絶食です。 <input type="checkbox"/> 朝の内服後は飲水もできません。 | <input type="checkbox"/> 絶食です。 <input type="checkbox"/> 術後2時間で問題なければ水分摂取再開予定です。 |
| 検査 | <input type="checkbox"/> 外来にて術前検査は終了しています。 | <input type="checkbox"/> 手術前に採血があります。 | <input type="checkbox"/> 予定はありません。 |
| 治療処置 | <input type="checkbox"/> 手術に備えて禁煙しましょう。 | <input type="checkbox"/> 義歯・装飾品・湿布類・眼鏡・コンタクトなどを外し治療着へ更衣します。 <input type="checkbox"/> 体温・血圧など測定します。 <input type="checkbox"/> 血栓予防のため必要があれば弾性ストッキングを着用します。  | <input type="checkbox"/> 体温・血圧など測定します。 <input type="checkbox"/> 酸素マスク、心電図モニターを装着する場合があります。 |
| 安静度 | <input type="checkbox"/> 制限はありません。 <input type="checkbox"/> シャワー浴可能です。 | <input type="checkbox"/> 病棟内でお過ごしください。 | <input type="checkbox"/> 基本的にはベッド上安静です。 <input type="checkbox"/> 麻酔からしっかり覚醒したらトイレ歩行は可能です。 初回の歩行時は必ず看護師が付添いますのでお一人では歩かないでください。 |
| リハビリ | <input type="checkbox"/> 必要時、医師の指示により介入いたします。 | | |
| 説明指導 | <input type="checkbox"/> 入院・手術のオリエンテーションをします。  | <input type="checkbox"/> 内視鏡室へご案内します。 | <input type="checkbox"/> 痛みがあるときはお薬を使用しますので、我慢せず看護師にお伝えください。 <input type="checkbox"/> トイレに行きたいときはナースコールにてお知らせください。  |

| 経過日時 | 手術翌日 月 日() | 術後2日目(症状などで入院日数がことなる場合があります) 月 日() | 術後3日目(退院日) 月 日() |
|------|---|---|---|
| 目標 | <input type="checkbox"/> 下血、吐血、腹痛、下痢などの症状がない。 <input type="checkbox"/> 食事形態がかわっても消化器症状が出現しない。 <input type="checkbox"/> 腹部の痛みが、痛みの評価表(NRS)を用いて5以下でコントロールできる。 <input type="checkbox"/> アレルギー症状が出ない。 | | <input type="checkbox"/> 退院後の日常生活の注意点を理解できる。 |
| 注射 | <input type="checkbox"/> 点滴は継続します。 | <input type="checkbox"/> 朝食後問題なければ点滴は終了します。 | |
| 内服 | <input type="checkbox"/> 指示されたお薬を内服してください。 休止薬は、(/)から再開となります。 | | <input type="checkbox"/> 薬剤師より退院薬の説明があります。 |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 2度目の内視鏡がある方は6時以降飲水できません。 <input type="checkbox"/> 夕食から重湯開始 | <input type="checkbox"/> 五分粥食 | <input type="checkbox"/> 全粥食 |
| 検査 | <input type="checkbox"/> 採血とレントゲン検査があります。 <input type="checkbox"/> 手術後の観察のための内視鏡検査があります。 | | |
| 治療処置 | <input type="checkbox"/> 体温・血圧などを測定します。 | | |
| | <input type="checkbox"/> 2度目の内視鏡がある方 <input type="checkbox"/> 義歯・装飾品・湿布類・眼鏡・コンタクトなどを外し手術着へ更衣します。 <input type="checkbox"/> 体温・血圧など測定します。 <input type="checkbox"/> 弾性ストッキングはつけたままです。 | | |
| 安静度 | <input type="checkbox"/> トイレ歩行可。 | <input type="checkbox"/> 病棟内歩行可。 <input type="checkbox"/> シャワー可。 | <input type="checkbox"/> 退院後は入浴可能です。 |
| リハビリ | <input type="checkbox"/> 必要時、医師の指示により介入いたします。 | | |
| 説明指導 | <input type="checkbox"/> 歩行ができていて、問題なければストッキングははずしていただいてもかまいません。 <input type="checkbox"/> 2度目の内視鏡がある方 <input type="checkbox"/> 内視鏡室へご案内します。 <input type="checkbox"/> 2度目の内視鏡が終わった後、歩行ができれば弾性ストッキングははずしていただいてもかまいません。 | <input type="checkbox"/> 退院前に栄養士より栄養指導があります。 ご家族の同席をご希望の場合、来院できる日にちと時間をお知らせください。(ご希望がない場合は退院日に行います。) 退院後の食事について不安なことや分からない事を確認してください。 | <input type="checkbox"/> 退院時間は、10時頃になります。 <input type="checkbox"/> 退院後に下血や腹痛、嘔気などの症状がある場合やご不明な点は、消化器内科外来までお問い合わせ下さい。 なお、診療時間外は救急外来で対応させていただきます。 |



| | | | | | | | |
|----------------------------------|--|-------|---|-------|---|---|---|
| 上記、入院診療計画について十分な説明を受けた上で同意いたします。 | | 同意年月日 | | (西暦) | 年 | 月 | 日 |
| 本人/親族 または代理人(続柄) | | 主治医 | 印 | 説明看護師 | | | |