TESTBar CodeCont r ol 1111111111k99999999999999999999k0001EGMAI N0003N

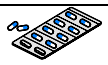
@{Patient.ID}
@{Patient.Name}
@{Patient.BirthdayJC}
@{Patient.SexShortName}

内視鏡的大腸ポリープ切除術・粘膜切除術（EMR）を受けられる患者さまへ

（大腸ポリープの入院診療計画書：1 泊 2 日）

（入院期間や経過の内容・月日は目安ですので経過により変わります）

千葉市立海浜病院消化器科　　2016 年 2 月改訂

	／ 入院日（治療当日）	／ １日後（退院日）	／　～ ２日目以降	／ 再来日
内服 注射 治療 処置 検査	 服用している薬をお知らせ下さい。 (一部の薬は、中止していただく場合があります。) 便がきれいになったら、お知らせください。 治療の前から点滴があります。 **ポリペクトミー/EMR 施行**	退院です。 		
食事	一日絶食です。 水分は摂取できます。 治療後、医師の許可がでたら、水分は摂取できます。	 医師の許可がでたら、食事が始まります。	 常食となります。 ｱﾙｺｰﾙはさけて下さい。	
活動 排泄	治療前：制限はありません。 治療後：ﾄｲﾚ・洗面は歩けます。	特に制限はありません。	激しい運動はさけて下さい。	
清潔	入浴できません。	シャワーのみです。	入浴できます。	
観察	【治療前】 便が残渣なく無色透明になれば検査可能です。場合により、下剤や浣腸を追加します。治療中は金属を外して下さい。	【治療後】 腹痛など異常があった時は看護師に連絡してください。排便時は出血がないか観察して下さい。血便があった時は、トイレの水を流さずに看護師に見せて下さい。 		
説明 指導	治療前に同意書を提出してください。ご家族の方は内視鏡室の前でお待ちください。 （治療後に説明があります。）			組織検査結果説明
看護	１．入院生活が安全で支障なく送れるように説明いたします。 ２．治療や検査などができるだけ不安なく受けていただけるよう説明を行います。			
食事 （栄養指導など）	特別な栄養管理の必要性：（　☑ 有・ ☐ 無　）**予約日時**　／　： 管理栄養士が伺いますので、お部屋でお待ち下さい。			
総合的機能評価	65 歳以上の患者様、介護保険法に規定する特定疾病を有する 40 歳以上の患者様の評価については、総合的機能評価票で後日お知らせします。			

年　　月　　日　主治医 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印　　説明看護師＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医以外の担当者名　受け持ち医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿　その他（職種・氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿

患者様（御家族）氏名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 続柄（　　）

（入院期間や経過の内容・月日は目安ですので経過により変わります）