

患者様氏名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

入院目的 \_\_\_\_\_

科 \_\_\_\_\_

病棟・病室 \_\_\_\_\_

症状 \_\_\_\_\_

手術内容及び日程 \_\_\_\_\_

推定される入院期間 約\_\_\_\_( 日・週・月間 ) 特別な栄養管理の必要性 有・無

検査は\_\_\_\_月\_\_\_\_日( )の \_\_\_\_:\_\_\_\_ ~です

経過	検査前日 ( / )	当日検査前 ( / )	当日検査後 ( / )	検査翌日 ( / )
<b>安静</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>足から検査;出血予防の為、検査した方の足を曲げないようにベッド上で安静にしてください。</li> <li>足を曲げなければ横を向く事ができます。</li> <li>手から検査;検査終了1時間後より、安静制限はありません。手を曲げないようにして下さい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6時に圧迫しているテープをはずしテープ保護を行います。</li> <li>安静解除後は制限はありません。</li> <li>入浴は夕方からできます。</li> </ul>
<b>処置</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>普段飲んでいるお薬があれば、いつも通り服用して下さい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>場合により医師の指示で検査前の3時間前までに内服して下さい。</li> <li>足から検査;除毛をします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温;検査直後・30分後・1時間後・6時間後に行います。</li> <li>手から検査;検査した方の手を曲げないように固定します。固定は6時間後に外します。</li> <li>内服を再開します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温;朝6時ごろ行います。</li> </ul>
<b>食事</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>午前中の検査;朝から絶飲食です。</li> <li>午後からの検査;朝食以降は食べないで下さい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>気分が悪くなければ、食事が開始になります。</li> <li>足から検査;横に寝たままで食事になります。</li> <li>手から検査;検査した方の手を曲げないで食事になります。</li> </ul>	
<b>排泄</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>検査が長くなる場合は、尿の管を入れることがあります。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>足から検査;ベッド上で排泄となります。</li> <li>手から検査;トイレに行けます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>安静解除後は制限はありません。</li> </ul>
<b>衣類</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>検査衣に着替えます。</li> <li>眼鏡・コンタクトレンズ・ヘアピン・指輪・時計・義歯などは、外して下さい。</li> <li>足から検査;下着は、外して下さい。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>安静解除後は病衣に着替えます。</li> </ul>
<b>説明</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査日までに主治医・看護師から検査について説明があります。</li> <li>検査同意書に署名・捺印をして提出して下さい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査室で医師・看護師から説明があります。</li> <li>何かあれば声をかけて下さい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医から検査の結果について説明があります。</li> </ul>	
<b>その他(リハビリテーション等の計画)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>頭部にガーゼが当たっているので、触らないようにして下さい。</li> <li>状況に応じて、予定が変更となる場合があります。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>※検査は局所麻酔で行います。検査時間は約1時間です。</li> <li>その他、不明な点がありましたら、お尋ね下さい。</li> </ul>

※この表はおよその経過を表示しているもので、病状により変更になる場合があります。

主治医署名 \_\_\_\_\_

説明看護師署名 \_\_\_\_\_

主治医以外の担当者署名 \_\_\_\_\_

上記の通り説明を受けました 年 月 日

患者本人署名 \_\_\_\_\_

親族又は代理人署名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_