

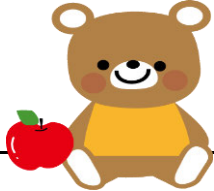
入院診療計画書 内視鏡的ポリープ切除術（小児）を受けられる患者さんご家族の方へ

ご説明年月日： 年 月 日 病棟 号室 患者氏名： @PATIENTNAME 様

病名： 入院目的： 症状：

手術内容： 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

説明医師署名： 受持看護師名： その他担当者名：

	/ ()	/ ()		/ ()
	入院日	入院1日目		入院2日目(退院日)
		手術前	手術後	
説明 診察	午前10時までに入院受付を済ませてください。 小児外科医から手術について、麻酔科医から全身麻酔について、看護師から入院・病棟について説明があります	ご家族の方は手術室まで一緒に行っていた だき、手術中は病室かデイルームでお待ち ください。	小児外科医より説明があります。	小児外科医の診察があります。
処置 検査	身長・体重・体温・血圧を測定します。	10時と11時に浣腸をします。	手術後はしっかり覚醒するまでモニターを 付けます。必要時は酸素吸入をします。持 続点滴があります。	医師の診察後、点滴の針を抜きます。
治療	眠前にピコスルファート(下剤)の内服があ ります。	朝7時よりマグコロールP(下剤)を200ml内 服します。内服が難しければ、鼻から チューブを入れて注入します。		
安静度	病棟内では自由です。			
食事	食事(ミルク・ジュース含む)は 20時までです。 飲水(水・お茶)は可能です。	出棟2時間前(:)まで 水・お茶飲水可能です。	手術終了2時間後より飲水可能です。 問題なければ軽食(プリン・ゼリー)可能 です。診察後、夕より食事開始です。	普通食です。
清潔	シャワー浴可能です。	シャワー等は出来ません。		シャワー可能です。
必要書類、 その他(リハ ビリテーション等 の計画)	入院誓約書・麻酔同意書・病衣使用申込書(希望される方)にサインしてください。 手術説明後、手術同意書にサインしてください。 ※付き添いされる方は手続きをしてください。			

※状況に応じて予定が変更になる場合があります。

○予防接種は手術の前後1ヵ月は受ける事ができません。

○手術前1ヵ月以内にお子さまが病気にかかるなど、体調に変化があれば早めに連絡してください。

手術予定日が変更になる場合もあります。

上記のとお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

患者との続柄 ()