















# 入院診療計画書 下垂体機能検査クリニカルパス

説明年月日 年 月 日

患者ID	病名	症状	入院病棟	病棟	号室
患者氏名	入院目的	推定される入院期間	約 3 日	特別な栄養管理の必要性	有・無

\* 今回の入院で実施する検査は ① ② ③ ④ ⑤ です

経過	入院日	検査① 検査日	検査② 検査日	検査③ 検査日
検査名	/	OGTT薬内服負荷試験	点滴4種負荷試験	GH点滴負荷試験
処置	・ありません	<ul style="list-style-type: none"> <li>採血用に手の血管に管を留置します</li> <li>検査が終了したら、管を抜きます</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>手に点滴の管を入れます</li> <li>検査が終了したら、管を抜きます</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>手に点滴の管を入れます</li> <li>検査が終了したら、管を抜きます</li> </ul> 
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温: 1日1回</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温: 1日1回</li> <li>看護師が検査の薬液を渡すので、服薬してください</li> <li>下記時間に手の管から採血を行います(計5回)</li> <li>①薬液服用前</li> <li>②服薬後30分、③60分、④90分、⑤120分</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温: 1日1回</li> <li>検査のための点滴を行います</li> <li>下記時間に手の管から採血を行います(計6回)</li> <li>①薬剤注射前</li> <li>②注射後15分、③30分、④60分、⑤90分、⑥120分</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温: 1日1回</li> <li>検査のための点滴を行います</li> <li>下記時間に手の管から採血を行います(計5回)</li> <li>①薬剤注射前</li> <li>②注射後15分、③30分、④45分、⑤60分</li> </ul> 
安静度	・制限はありません	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査中はベッド上安静です</li> <li>検査が終了すれば制限はありません</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査中はベッド上安静です</li> <li>トイレに行くことはできます</li> <li>検査が終了すれば制限はありません</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査中はベッド上安静です</li> <li>検査が終了すれば制限はありません</li> </ul> 
食事	・制限はありません	・検査が終了するまでは絶飲食です	・検査が終了するまでは絶飲食です	・検査が終了するまでは絶飲食です
排泄		<ul style="list-style-type: none"> <li>蓄尿袋に尿を貯めます</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>蓄尿袋に尿を貯めます</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>蓄尿袋に尿を貯めます</li> </ul> 
清潔	・制限はありません	・制限はありません	・制限はありません	・制限はありません
説明・指導 リハビリ テーション の計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟案内を行います</li> <li>検査に必要な書類に署名、捺印をして看護師に渡してください</li> <li>蓄尿袋の説明を行います</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査の結果説明は次回の外来受診の際に行います</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査の結果説明は次回の外来受診の際に行います</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査の結果説明は次回の外来受診の際に行います</li> </ul>

\* 診療内容については現時点で考えられるもので、病状により変更になる場合があります。その場合は再度説明いたします。

主治医署名	主治医以外の 担当者署名	説明看護師署名
-------	-----------------	---------

上記の通り、説明を受けました。 年 月 日

患者本人署名	親族または 代理人署名
--------	----------------

患者との 続柄		
------------	--	--





\* 不明な点がありましたら下記まで連絡をお願いいたします

**脳神経外科外来: 0798-45-6140**

平日 (午前8:45~午後4:30)

第1・3土曜日 (午前8:45~午後12:30)

\* 上記時間外は、代表: 0798-45-6111

経過	検査④ 検査日	検査⑤ 検査日
検査名	サンドスタチン皮下注射負荷試験	パーロデル薬内服負荷試験
処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>採血用に手の血管に管を留置します</li> <li>検査が終了したら、管を抜きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>採血用に手の血管に管を留置します</li> <li>検査が終了したら、管を抜きます</li> </ul>
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温:1日1回</li> <li>検査のための注射を行います</li> <li>下記時間に手の管から採血を行います(計7回)</li> <li>①薬剤注射前</li> <li>②注射後1時間、③2時間、④4時間、⑤6時間、⑥8時間、⑦12時間</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温:1日1回</li> <li>看護師が検査の薬液を渡すので、服薬してください</li> <li>下記時間に手の管から採血を行います(計7回)</li> <li>①薬剤服薬前</li> <li>②服薬後1時間、③2時間、④4時間、⑤6時間、⑥8時間、⑦12時間</li> </ul> 
安静度	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院内は自由です</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院内は自由です</li> </ul>
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査が終了するまでは絶飲食です</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査が終了するまでは絶飲食です</li> </ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>蓄尿袋に尿を貯めます</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>蓄尿袋に尿を貯めます</li> </ul> 
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul>
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査の結果説明は次回の外来受診の際に行います</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査の結果説明は次回の外来受診の際に行います</li> </ul>