

入院目的 大腸ポリープの切除

入院推定期間 2泊3日

特別な栄養管理の必要性 有・無

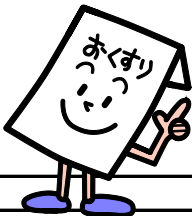

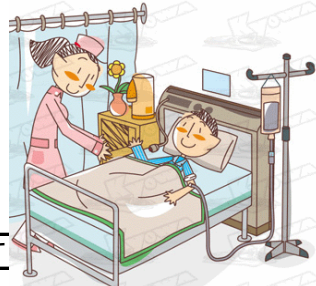
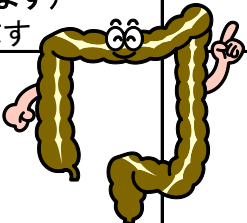
手術内容:

消化管内科( )病棟 ( )号室

患者さん氏名:

病名:

症状:

	手術前日(入院当日)( / )	手術当日( / )	
		手術前	手術後
内薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>持参薬の確認をします</li> <li>抗凝固薬、抗血小板薬を服用されていた患者さんは中止されていることを確認します</li> <li>寝る前(22時)に下剤を内服していただきます センソンド・・・2錠 ピコスルファートNa内用液・・・1本</li> </ul> 	以下の時間に下剤の内服をしていただきます 午前内視鏡処置の方: am 4:30...メクロプラミド1錠 am 5:00...モビプレップ2L 午後内視鏡処置の方: am 5:30...メクロプラミド1錠 am 6:00...モビプレップ2L	 
点滴		・前処置終了後、点滴を行います	・手術後、持続点滴となります
安静	・行動の制限はありません	・病室にてお待ち下さい	・車椅子で病棟に戻ります ・治療後はトイレ時以外、ベッドで安静を保ってください
食事	・腸管内に食物残渣の残りにくい食事を病院よりお出しします 病院食以外は食べないようにしてください	・絶食です ・水・お茶は飲んでもかまいません	・絶食です ・許可があれば、水・お茶・スポーツドリンクは飲んでもかまいません
清潔	・入浴・シャワーができます		・入浴できません
処置・観察	・体温・血圧・脈拍を測定します	・体温・血圧・脈拍を測定します ・便の状態を看護師にお伝えください	・体温・血圧・脈拍を測定します ・便の色、お腹の状態についてお伺いします ・治療後最初に出た便は流さずに看護師にみせてください
検査・治療	・外来で行っていない場合は、血液検査・出血時間測定を行います	・午前中 (午後予定の場合もあります) 大腸内視鏡でポリープを切除します	 ・病理検査結果の説明は外来にて行います
説明・指導、その他(リハビリテーション等の計画)	<ul style="list-style-type: none"> <li>名前が確認できるようネームバンドをつけさせていただきます</li> <li>看護師より、入院時のオリエンテーションを行います</li> <li>医師から内視鏡的ポリープ切除術の説明があります</li> <li>手術同意書に署名していただきます</li> </ul>		

注1) 診察内容は現時点で考えられるもので、今後検査を進めていくに従って変更する場合があります。その場合は再度説明いたします。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

主治医署名	受け持ち看護師署名	主治医以外の担当者署名
-------	-----------	-------------

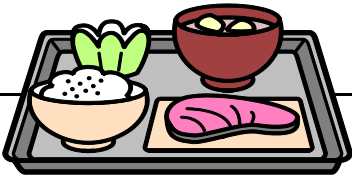
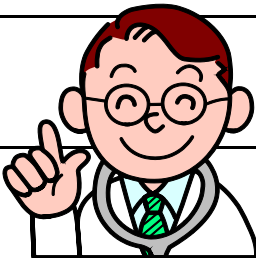
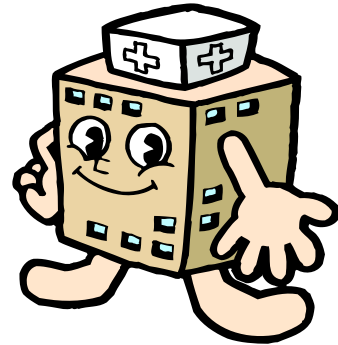
上記の通り、治療計画について十分な説明を受けましたので同意します。 年 月 日

患者本人署名

親族または代理人署名  
(患者との続柄: )

## 内視鏡的大腸ポリープ切除術を受けられる患者さんへ NO. 2

患者さん氏名:

	退院日	退院後の療養上の注意点
点滴	・点滴が1本あります	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後2週間はゴルフや登山などのお腹に力のかかる過度な運動は控えてください</li> </ul>
	・点滴終了後、点滴の針を抜きます	
安静	・行動の制限はありません	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事の制限はございませんが、退院後2週間は過度のアルコール摂取や消化の悪い食事は控えてください</li> </ul>
	・便が出なくても、お腹に力をいれないでください	
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・朝から食事ができます</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手術後1週間は出血や腸の穿孔(強い腹痛)が起こる可能性があります</li> <li>・血便や腹痛などの症状が出た場合、すぐ当院にご連絡、ご来院ください</li> </ul>
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴ができます</li> </ul>	
処置・観察	<ul style="list-style-type: none"> <li>・便の色、お腹の症状についてお伺いします</li> </ul>	<p>月曜日～金曜日(第1・3・5土曜日) 内科外来:0798-45-6200</p> <p>それ以外の時間外 0798-45-6111</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療後、便に血が混ざっている場合は便を流さず看護師に見せてください</li> </ul>	
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後の療養について説明します</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・切除したポリープのご説明は外来でさせていただきます</li> </ul> 
必要書類、その他(リハビリテーション等の計画)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診断書などが必要な方は申し出てください</li> </ul>	

※状況により変更することがあります。ご不明な点があれば、おたずねください。