


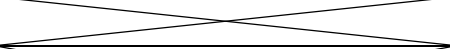







| | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 患者さん氏名 | | 様 気管支鏡検査 入院診療計画書 | | 説明年月日 | | 年 月 日 | | 兵庫医科大学病院 | |
| 病名 | | 入院目的 | | 症状 | | 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 手術内容及び日程 | |
| 主治医署名 | | 説明看護師署名 | | 主治医以外の担当者署名 | | 病棟 | | 呼吸器内科 | |
| 経過 | 外来 | 検査当日 (/) 検査前～検査 | | 検査当日 (/) 検査後 | | 検査後 1 日目 (/) | | | |
| 検査 | <ul style="list-style-type: none"> 採血を行います 出血時間を測定します 動脈血液ガス検査を行います 胸部レントゲンを撮影します 胸部 CT を撮影します 心電図を取ります |  | |  | |  | | (必要時のみ) | |
| 治療・処置 | <ul style="list-style-type: none"> 内服薬を服用していただきます (必要時のみ) TV センターへ移動していただきます 筋肉注射を行います のどの麻酔を行います 鎮静を行います (必要時のみ) 気管支鏡検査を行います 血圧・脈拍を測定します 病室へ移動します | | | | | | | | |
| 安静度 |  | | ・行動制限はありません | | ・検査後 2 時間はベッド上安静です | | ・制限はありません | | |
| 食事 | | | ・朝食後は絶飲食です | | ・検査後 2 時間は禁飲食です ・2 時間後ゆっくり水を飲んでいただいた後、飲食を許可します | | ・普通食が出ます | | |
| 排泄 |  | | ・制限はありません | | ・検査後 2 時間までは尿器を使用していただきます ・その後制限はありません | | ・制限はありません | | |
| 清潔 | | | ・検査までにシャワー可能です | |  | | ・シャワー可能です | | |
| 説明・指導 |  | |  | | | |  | | ・退院指導があります ・次回受診日の確認をします |
| 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"> 入院誓約書 検査同意書 鎮静同意書 (必要時) | | | | <ul style="list-style-type: none"> 入院診療計画書 病棟案内 |

注1) 診療内容などは現時点で考えられるもので、今後検査などを進めていくにあたって変更する場合があります。その際は再度説明を行います。 2017 年 12 月 2 日改訂 呼吸器内科 作成 76001-04

注2) 入院期間については現時点で考えられるものです。

医師より入院診療計画内容について、十分説明を受けたため同意します。

年 月 日 患者本人署名

親権者又は代理人署名

(患者との続柄)