




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 胸部レントゲンを撮影します 胸部 CT を撮影します 	X		<ul style="list-style-type: none"> 喀痰検査を行います 採血を行います 胸部レントゲン撮影を行います (必要時のみ)		X			
治療 ・ 処置	X	<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 		<ul style="list-style-type: none"> 血圧・脈拍を測定します 体温を測定します 酸素吸入を行います (必要時のみ) 点滴を行います 病室後3時間、心電図モニターを装着します 		<ul style="list-style-type: none"> 胸部レントゲン撮影をします 			
安静度	X	<ul style="list-style-type: none"> 行動制限はありません 		<ul style="list-style-type: none"> 検査後2時間はベッド上安静です 		<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 			
食事	X	<ul style="list-style-type: none"> 朝食後は絶飲食です 		<ul style="list-style-type: none"> 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 		<ul style="list-style-type: none"> 普通食が出ます 			
排泄	X	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 		<ul style="list-style-type: none"> 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 		<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 			
清潔	X	<ul style="list-style-type: none"> 検査までにシャワー可能です 		X		<ul style="list-style-type: none"> シャワー可能です 			
説明 ・ 指導	X	X		X		<ul style="list-style-type: none"> 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 鎮静同意者(必要時) 	<ul style="list-style-type: none"> 入院診療計画書 病棟案内 		X		X		X	

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。 2020年10月1日改訂 呼吸器内科 作成 76001-05

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)