





超音波内視鏡ガイド下ドレナージ術を受けられる_____様へ

担当医 _____

看護師 _____

入院日 _____ 月 _____ 日() _____ 時 _____ 分にご家族の方と一緒に入退院支援室にお越しください

	検査当日(/)		治療後1日目	治療後2日目	治療後3日目以降
	治療前	治療後			
予定治療処置検査	<ul style="list-style-type: none"> ・体調の確認をします ・点滴を始めます ・金属類や入れ歯は外してください ・検査時間になりましたら、ご家族の方と一緒に内視鏡室へご案内します ・尿の管が入ります 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師より治療結果の説明があります ・点滴があります 	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養の点滴と抗生剤の点滴があります ・血液検査があります ・レントゲン検査があります ・医師の診察後、尿の管が抜けます 	<ul style="list-style-type: none"> ・予定の点滴が終了したら点滴をやめます ※体調によって点滴を続けることがあります 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の許可で退院になります ※入院中の経過によって、入院期間が変わることがあります <退院について> ・退院が決まりましたら看護師より退院後の生活について説明があります ・退院は原則、午前中にお願ひします ※午後退院を希望される場合は病棟看護師へお申し出ください
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・前日の夜9時以降は食事を摂らないでください ・水分は11時まで(水、お茶、スポーツドリンク)を摂ることができます 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事、水分を摂ることはできません 	<ul style="list-style-type: none"> ・採血、レントゲン検査の結果で、昼から食事が始まります(ゼリー食) 	<ul style="list-style-type: none"> ・体調に合わせた適正の食事になります 	
内服	<ul style="list-style-type: none"> ・入院前は <input type="checkbox"/> 薬はいつも通りに飲んでください <input type="checkbox"/> 休薬説明、同意書をご確認ください <input type="checkbox"/> 中止薬()は検査当日朝から飲まないでください ・入院後は、医師の指示通りに内服してください 		<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示がでたら薬が再開されます 		<ul style="list-style-type: none"> ・内服薬は指示通りに内服してください
活動	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドで病棟に戻ります ・治療後はベッド上安静です 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の診察後、歩くことができます 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院内でお過ごしください 	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ・シャワーを浴びることができません 		<ul style="list-style-type: none"> ・タオルで体を拭きます 	<ul style="list-style-type: none"> ・シャワーを浴びることができます 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後、入浴ができます
その他	<ul style="list-style-type: none"> <検査に必要な持ち物> <input type="checkbox"/> 治療の同意書(ご自分でお持ちの方) (その他持ち物は入院案内をご確認ください) ※お薬について 現在、当院またはかかりつけ医で処方されているお薬(内服薬・点眼薬・貼り薬・塗り薬など)は予定入院期間より多めに持ち下さい 	<ul style="list-style-type: none"> <ご家族の方へ> ・検査終了までお待ちいただきます ※ご家族の都合がつかない場合は、医師にご相談ください 	<ul style="list-style-type: none"> ・腹痛、吐き気などありましたら看護師へお知らせ下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後発熱・腹痛などがありましたら下記へご連絡ください ・退院した日は入院病棟へ ・以降、平日の昼間は外来3ブロックへ ・夜間・休日は救急外来へ 医療センター TEL:0267-62-8181 上記入院中の療養支援計画について説明を受けました 年 月 日 本人または家族の署名 _____ この説明用紙は入院時もお持ちください 	

※この経過内容は当院での標準的な診療内容を記載しています。検査後の経過には個人差があり、必ずしも内容どおりには進まないこともありますが、その都度対応していきますのでご安心ください