






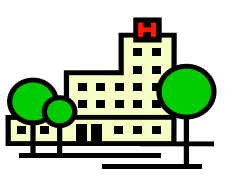


大腸ポリペク(内視鏡的ポリープ切除術)/EMR(内視鏡的粘膜切除術)を受けられる患者様へ

**ID

**NAME _____ 様

担当医

経過	手術前日	手術当日(術前)	治療当日(治療後入院)	治療後1日目
月日	**HIDUKE1		**HIDUKE2	**HIDUKE3
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・昼は消化の良いものをお出しします ・昼食後より食べられません。 ・水分可(お茶・水のみ)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・お通じの性状が整った後より、水分は取れません。 ・排便時は看護師が確認しますので、呼んでください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・麻酔からしっかり目が覚めたら、看護師が訪室し、水分摂取をお知らせします。 ・食事は食べられません。 	<ul style="list-style-type: none"> ・昼より全粥食が開始します。 ・間食は避け、病院食だけにして下さい。 
処置	<ul style="list-style-type: none"> ・既往に糖尿病があれば、入院中血糖測定を行うことがあります。 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査着に着替えます。 ・医師の指示がある場合は、尿管を入れたり、浣腸をすることがあります。 ・朝6時から下剤を2時間かけて内服します 	<ul style="list-style-type: none"> ・腹部症状など、全身状態の観察をします。 	
内服注射	<ul style="list-style-type: none"> ・持参の内服は、医師の指示があれば、内服します。 ・下剤を2種類内服します。 ・休薬の確認をします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・出棟前から点滴をします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・持続点滴をします。 ・内服薬については医師の指示で一部中止になることがあります。 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴が終わります。 ・お薬の中止を指示されている場合は、退院後のお薬の内服について薬剤師からの説明があります。
全身管理 検温	<ul style="list-style-type: none"> ・適宜、検温します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療に行く前に検温をします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・適宜、検温をします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・適宜、検温します。
活動 安静	<ul style="list-style-type: none"> ・特に制限はありません。 		<ul style="list-style-type: none"> ・麻酔からしっかり目が覚めたら、トイレ歩行ができます。 ・最初は看護師をよんでください。 ・治療終了2時間後の血圧や体温などに問題なければ、病棟内は自由に歩けます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特に制限はありません。 ・シャワー浴可能になります。 ・経過問題なければ、退院となります。 
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・採血があります。 			<ul style="list-style-type: none"> ・腹痛や便に血が混じた場合には、採血や画像検査が行われます。
説明 指導	<ul style="list-style-type: none"> ・爪を切っておき、化粧はしないで下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・アクセサリー類(指輪・ネックレスなど)、時計、義歯、湿布、眼鏡、コンタ外をはずしているか確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師より患者様・家族様への説明があります。 ・腹痛や便に血が混ざっていたらお知らせ下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・次回外来受診日の説明をします。  

署名日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者・家族署名:

(続柄: _____)

これはあくまでも予定です。予定通りいかない場合もありますのでご了承下さい。

ツカザキ病院