

病棟 _____ 号室 _____
 主治医() 担当看護師()
 患者氏名 _____ 病名 _____
 担当医() 説明者()

内視鏡的大腸ポリペクミーを受ける患者様へ(2泊3日) 特別な栄養管理の必要性 有 無

月日	入院日・治療日(/)	検査・治療前	治療当日	検査・治療後	退院日(/)
		検査・治療前	治療当日	検査・治療後	退院日(/)
目 標	治療に向けて準備ができる	安心して治療を受けることができる		出血がない	退院の準備ができる
薬	・薬剤師が持参薬・中止薬の確認に伺います ・21時に下剤(ビコスルファートナトリウム内服液)1本をコップ1杯の水で内服します	・医師の指示があった薬のみ起床時に内服して下さい ・午前中に下剤(ニフレック2L)を内服します ※内服方法については別紙にてご説明します ・治療前に病室で点滴を行います	・持参薬・内服薬は中止です	・持参薬・内服薬の再開について説明します	
処置					
検査	・身長・体重・体温・血圧・脈拍を測ります				
活動		・内視鏡室より連絡がありましたら看護師が声をかけます 処置できる便の性状になったら検査を受けることができます ※時間が前後することがあります ご了承下さい ・内視鏡室へは歩いて行きます ・必要な方は車椅子等で行きます	・車椅子でお部屋に戻ります ・鎮静薬の影響でふらつくことがあります ・治療後3時間安静となります (トイレ・洗面は可能ですが、なるべく安静にお過ごし下さい)	・制限はありません	
食事	・21時以降食事はできません ・飲水(水またはお茶)はかまいません	・治療前までは、飲水(お水・お茶)はできます	・検査後は禁飲食です	・朝食(常食)が出来ます	
清潔	・シャワーご希望の方はお使いになれます		・治療当日はシャワーには入れません ・必要な方には温かいタオルをお渡しします		
排泄			・治療終了後、車椅子用のトイレをお使い下さい ・便がでましたら、性状を確認しますので、流さずに呼び出しボタンをおして下さい ・出血や腹痛がある場合はすぐに申し出て下さい		
説明・指導	・ネームバンドを左右どちらかの首首に装着します ・入院時に病棟の説明をします (詳細は「入院のご案内」ご参照下さい) ・同意書を看護師にお渡し下さい ※外出・外泊に関しては医師の許可が必要です	・内視鏡室に行く前に検査衣に着替えていただきます ・内視鏡室に行く時はガウンなどを羽織っても構いません ・入れ歯、指輪、時計、ピン、眼鏡、コンタクトレンズ、補聴器等は外して下さい ・入れ歯やコンタクトレンズは容器に保管して下さい ・メガネは内視鏡室で看護師がお預かりします メガネケースをご用意下さい ・セーフティボックスの鍵は家族に預けて下さい	退院後1週間は ・消化の良い食事を心がけ、刺激の強いものやアルコール類はさけて下さい。 ・安静を心がけ、激しい運動(ジョギング、ゴルフ等)や出張・旅行などの遠出は控えて下さい。 ・入浴は避け、シャワー程度にして下さい。 ・万が一、腹痛・下血・タール便(黒い便)・発熱などの症状がみられた時は、当院に連絡し主治医(夜間休日は当直医)の指示を受けて下さい。 東京医療センター TEL 03-3411-0111	・退院後の生活について説明があります	
その他	※薬のアレルギー、喘息、心臓病、高血圧、糖尿病、緑内障、前立腺肥大症のある方はお知らせください。 ※抗血栓薬(パナルジン、ワーファリン、バイアスピリン、パファリン、プラビックス、プラザキサなど)を飲んでいる方はお知らせください。 ※入れ歯、指輪、時計、ピン、眼鏡、コンタクトレンズ、補聴器等は外して下さい。 【ご家族の方へ】 治療当日は、可能であれば治療予定時間の1時間前までに来院して下さい。 面会時間は15時～20時までです 治療中は、病棟ホールまたは、病室でお待ち下さい。				

退院後1週間は
 ・消化の良い食事を心がけ、刺激の強いものやアルコール類はさけて下さい。
 ・安静を心がけ、激しい運動(ジョギング、ゴルフ等)や出張・旅行などの遠出は控えて下さい。
 ・入浴は避け、シャワー程度にして下さい。
 ・万が一、腹痛・下血・タール便(黒い便)・発熱などの症状がみられた時は、当院に連絡し主治医(夜間休日は当直医)の指示を受けて下さい。
 東京医療センター
 TEL 03-3411-0111

『退院の手続き』について
 ①8時30分以降に、看護師がお部屋まで【入退院通知書】を届けます。
 ②外来1階入退院受付で退院の手続きを行います。(休日は夜間救急受付です)
 ③【手続き完了通知書】を受け取り、病棟に戻って頂きます。
 ④手続き完了通知書をスタッフステーションで提出していただき、ネームバンドをはずします。
 ⑤お部屋に忘れ物がないか、看護師と確認します。
 ※退院時アンケートのご協力をお願いします。記入後、スタッフステーションカウンターのBOXに入れて下さい。

ご署名