

# 内視鏡的食道静脈瘤結紮術 入院診療計画書

傷病名①

傷病名②

症状  事前検査による異常所見  
 患部の自覚症状  
 (吐血、下血、貧血、胸痛、腹痛 )

予定入院期間:

入院病棟:

担当医

患者さんのお名前

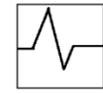
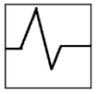
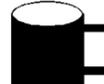
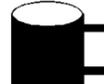
副担当医

看護師

薬剤師

管理栄養士

退院調整担当

| 日付      | 入院当日   | 検査当日時   |   | 術後1日目   | 術後2日目  | 術後3日目  | 術後4日目   | 術後5日目   | 術後6日目   | (退院日)   |  |
|---------|--|---|---|---|--|--|---|---|---|---|--|
|         | /  | 前   | 後   | /   | /  | /  | /   | /   | /   | /   |  |
| 患者さんの目標 | 治療の内容がわかる  |   | 治療後の合併症がない  |   | 食事開始後の合併症がない   |  |   |   |   |   |  |
| 治療処置    | 投薬<br>継続するもの <br>[ ]<br>中止するもの<br>[ ]   | 検査前から点滴をします<br>内服薬は中止してください<br>                              | トロンピン内服<br>(1日4回毎食前)<br>ディクアノン内服<br>(1日4回毎食前)<br>5日分飲みきり<br>   | 点滴が3本あります<br>内服薬は中止してください<br>                | 点滴が1本あります<br>(終了後抜きます)<br>内服薬があれば再開してください<br> | 点滴が1本あります<br>   |   |   |   |   |  |
| 検査      | 外来にてレントゲン撮影・心電図測定をします<br>   | 内視鏡センターでおこないます<br>   | 翌朝まで心電図モニターをつけます<br>   | 6時に採血があります<br>                               |  |  |   |   |   |   |  |
| 食事      | 食事が食べられます<br>※ただし、病院食以外のは食べないでください<br>   | 朝食・昼食は食べられません<br>朝10時まで、水分を摂ることができます<br>                   | 内服以外は絶飲食です<br>  | 絶食ですが水分を摂ることができます<br>                       | 潰瘍3分粥食がでます<br>※病院食以外は食べないでください<br>           | 潰瘍5分粥食がでます<br> | 潰瘍全粥食がでます<br> |   |   |   |  |
| 清潔      | シャワーできます<br>  | シャワーできません<br>タオルで身体を拭くことができます<br>                        | シャワーできません<br>タオルで身体を拭くことができます<br>  | シャワーできます<br>                               | シャワーできます<br>                                | シャワーできます<br>  | 入浴できます<br>   |   |   |   |  |
| 排泄      |  |   |   |   |  |  |   |   |   |   |  |
| 活動安静度   | 院内自由です<br>  | 院内自由です<br>   | トイレ以外はベッド上で安静に寝て下さい<br>  | 病棟内自由です<br>                                | 病棟内自由です<br>                                 | 院内自由です<br>    | 院内自由です<br>   | 院内自由です<br> | 院内自由です<br> | 院内自由です<br> |  |
| 説明指導    | 医師より説明があります<br>※承諾書にサインし<br>看護師に渡してください<br>看護師からも説明があります<br>  | 看護師から検査の説明があります<br>※時計・ピアス・コンタクトレンズ・入れ歯・眼鏡など外しておいてください<br> | 医師が検査後の説明をします<br>胸部に異常を感じた時は、すぐに知らせてください<br>   | 医師が検査後の説明をします<br>胸部に異常を感じた時は、すぐに知らせてください<br> |  |  |   |   |   |   |  |
| 栄養褥瘡自立度 | ・特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>・褥瘡の有無 現在 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>過去 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>・日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たきり |   | ■診療費概算(医事課)<br>●1割負担で45,000円前後、2割負担で90,000円前後、3割負担で135,000円前後<br>※上記はあくまでも概算となっており、実際に行った診療内容や日数の増減によって金額が変わることがあります。<br>●医療費が高額になった場合、「限度額適用認定証」をご利用いただくことで、窓口での支払負担が既定の金額で済みます。<br>所得により限度額は異なりますので、ご加入の保険者で手続きされる際にご確認ください。<br>※認定証は申請した月より適応となりますので手続きはお早目をお願いいたします。なお、同意をいただければオンライン資格確認にて限度額の即日確認が可能です。<br>●福祉医療を受けておられる方は健康保険分の診療費はありません。<br>●食事代は個人負担となります。(所得により負担額は異なります) |   |  |  |   |   |   |   |  |

上記のとおり説明を受けました

年 月 日

患者本人署名

親族または代理人署名

続柄



@PATIENT | DC032@PATIENT | SELECTEDSECTIONCODE@SYSAT@SSTME690001 @USERID@PATIENTWARCODE