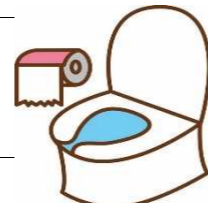



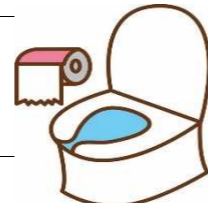
主治医氏名		甲
主治医以外の担当者氏名	担当医師	
	看護師長	
	管理栄養士	
病名		
症状		
手術		(あり ・ なし)
特別な栄養管理の必要性		(あり ・ なし)

【患者または代理者同意署名】

年 月 日 氏名

*代理署名の場合 患者との続柄 ()

推定入院期間	入院日 (月 日)	治療当日 (月 日) 治療前	治療後	治療後1日目 (月 日) 【退院】
注射 ・ 内服	なし	・ 午前中から点滴が開始となります。	・ 消灯前までに点滴が終了となります。	なし
検査	なし	なし	なし	なし
処置	なし	・ 検査室へは、看護師と歩き又は車椅子で行きます。 ・ 検査中、気分が悪くなったら看護師に伝えて下さい。 ・ 検査室で大腸検査着に着替えます。	・ 治療後は、看護師が車椅子でお迎えに行きます。	なし
教育 ・ 説明 ・ 指導	・ 治療までに医師から治療内容について説明があります。 ・ 看護師より、治療スケジュールや治療後の注意点についての説明があります。	・ 義歯、メガネ、貴金属、湿布、腹巻き等外せる物は外して下さい。 ・ 私物のパジャマを着用している方は、病衣に着替えて頂くことがあります。	・ 治療後は、複数回検温をさせていただきます。 ・ 腹痛、めまい、吐き気などの気分が悪い時は看護師に知らせて下さい。 ・ 排便時には、お通じの色を確認し、赤色や黒色の場合には流さず看護師に知らせて下さい。	・ 退院後の生活、注意点についてパンフレットを用いて説明します。 ・ 次回の外来受診について説明します。
安静度	・ 病院内は自由です。		・ 治療後はトイレ・洗面まで歩行できます。	・ 病院内は自由です。
食事	・ 食事ができます。	・ 朝、昼食は摂れません。 ・ 治療直前まで水・お茶は飲めます。	・ 治療後2時間後から飲食ができます。	
排泄	・ 制限はありません。			
清潔	・ シャワーに入れます。	・ シャワーは入れません。		・ シャワーに入れます。
リハビリ	なし	なし	なし	なし
その他	なし	なし	なし	なし



*病名等は、現時点で考えられるものとなりますので、今後検査を進めていくうえで変更される可能性があります。
*入院期間については、現時点での予想となっており、状態に応じ予定が異なることも考えられます。
*何か質問がある際は医療者にお尋ね下さい。