

病名	患者氏名			様 (ID)		西神戸医療センター	
経過	入院当日	当日 (治療前)	当日 (治療後)	退院日 (術後1日目)	次回外来予約		
月 日						/	
検査	血液検査・心電図・レントゲンの検査する場合があります。						
処置 内服 点滴	就寝前に下剤を服用していただきます。	午前7時から水溶性の下剤2Lを約2時間かけてゆっくりと飲みます。心臓病・高血圧などの薬を服用している方は必要な薬を内服して下さい。(指示します) 治療に行く前に体温・血圧・脈拍などを測ります。 必要があれば浣腸を行います。	治療開始時より点滴 500mlを1本(止血剤入り)を行います。 帰室直後に体温・脈拍・血圧などを測ります。				
食事	検査食になります。	朝からは、食べたり飲んだりしないで下さい。	検査後は、許可があるまで絶飲食です。夕食から検査食が出ます。	検査食	低残渣食を1週間続けて下さい。アルコールは1~2週間は避けて下さい。		
活動	制限はありません。	検査までは自由です。治療へは看護師と一緒にいきます。	終了後は、車椅子で移動します。トイレ歩行までにして下さい。	制限はありません。	通常の生活や勤務は可能ですが、1~2週間は激しい運動は避けて下さい。		
清潔	入浴		入浴はできません。	出血がなければシャワーは構いません。			
排泄	トイレ	トイレ		トイレ			
説明指導	看護師から入院中の生活について説明します。 主治医から治療についての説明があります。 看護師から治療の流れについて説明します。 抗血栓薬、糖尿病薬を飲まれている方のご相談下さい。	下剤服用後は、便の状態を確認しますので看護師にお知らせ下さい。 便を確認し澄明の水様便になれば治療できます。 排便状況により必要時浣腸あるいは下剤の追加内服をすることがあります。	出血や腹痛、お腹が張る時は看護師にお知らせ下さい。医師の判断で入院日数が延長される場合があります。 治療後の便は看護師にお見せ下さい。	出血・腹痛・発熱がなければ退院になります。 退院後の生活について看護師から説明します。	腹痛や出血があれば、何時でも病院にご連絡下さい。 外来にて病理結果と今後の検査・治療計画を説明します。		

※この表はおよその経過をお知らせしたものです。種々の都合により、予定通りではないこともありますので予めご承知下さい。

クリニカルパス番号:14010807

※入院ベッドの都合で休日前に入院された場合は、翌週に治療することもありますのでご承知下さい。

主治医: _____ 担当看護師: _____

上記計画書について説明を受け納得しました。

患者署名: _____

病名	患者氏名 様 (ID)			西神戸医療センター	
経過	入院当日	当日 (治療前)	当日 (治療後)	退院日 (術後1日目)	次回外来予約
月 日					/
検査	血液検査・心電図・レントゲンの検査する場合があります。				
処置 内服 点滴	就寝前に下剤を服用していただきます。	午前7時から水溶性の下剤2Lを約2時間かけてゆっくりと飲みます。 心臓病・高血圧などの薬を服用している方は必要な薬を内服して下さい。(指示します) 治療に行く前に体温・血圧・脈拍などを測ります。 必要があれば浣腸を行います。	治療開始時より点滴 500mlを1本(止血剤入り)を行います。 帰室直後に体温・脈拍・血圧などを測ります。		
食 事	検査食になります。	朝からは、食べたり飲んだりしないで下さい。	検査後は、許可があるまで絶飲食です。 夕食から検査食が出ます。	検査食	低残渣食を1週間続けて下さい。 アルコールは1~2週間は避けて下さい。
活 動	制限はありません。	検査までは自由です。 治療へは看護師と一緒にいきます。	終了後は、車椅子で移動します。 トイレ歩行までにして下さい。	制限はありません。	通常の生活や勤務は可能ですが、1~2週間は激しい運動は避けて下さい。
清 潔	入浴		入浴はできません。	出血がなければシャワーは構いません。	
排 泄	トイレ	トイレ		トイレ	
説明指導	看護師から入院中の生活について説明します。 主治医から治療についての説明があります。 看護師から治療の流れについて説明します。 抗血栓薬、糖尿病薬を飲まれている方はご相談下さい。	下剤服用後は、便の状態を確認しますので看護師にお知らせ下さい。 便を確認し澄明の水様便になれば治療できます。 排便状況により必要時浣腸あるいは下剤の追加内服をすることがあります。	出血や腹痛、お腹が張る時は看護師にお知らせ下さい。医師の判断で入院日数が延長される場合があります。 治療後の便は看護師にお見せ下さい。	出血・腹痛・発熱がなければ退院になります。 退院後の生活について看護師から説明します。	腹痛や出血があれば、何時でも病院にご連絡下さい。 外来にて病理結果と今後の検査・治療計画を説明します。

※この表はおよその経過をお知らせしたものです。種々の都合により、予定通りではないこともありますので予めご承知下さい。

クリニカルパス番号:14010807

※入院ベッドの都合で休日前に入院された場合は、翌週に治療することもありますのでご承知下さい。

主治医: _____ 印 担当看護師: _____

上記計画書について説明をうけ納得しました。

患者署名: _____