

CT下肺生検を受けられる方へ

患者氏名 _____ 様

年 月 日

病 名

神戸市立西神戸医療センター呼吸器科

| | | |
|----|---|---|
| 月日 | / / | / / |
| 経過 | 入院当日 | 2日目 |
| 説明 | <p>○入院後、看護師からオリエンテーションがあります。</p> <p>○外来で説明を受けていない方は医師より説明があります。</p> <p>○検査同意書を看護師に渡して下さい。</p> | <p>○朝、穿刺部を医師が確認します。問題なければ本日より入浴できます。</p> <p>○レントゲン撮影後、医師より説明がありその後退院となります。</p> <p>○検査の結果がでるのに日数がかかります。後日外来予約日に医師が説明します。</p> |
| 検査 | <p>○時間はその日の検査状況により異なりますが、15～17時の間に検査を受けていただきます。</p> <p>○不測の事態に備えて、点滴ルートを確認します。</p> | ○朝レントゲン撮影があります。 |
| 食事 | ○検査終了後の制限はありません。 | |
| 活動 | ○検査終了後の安静度については医師より指示があります。検査の合併症がなければ制限はありません。 | |

注1: 病名は現時点で考えられるもので、今後検査を進めていくうちに変わる可能性があります

注2: 入院期間は現時点で予想されるもので、今後の経過で変更となる可能性があります。

主治医:

担当看護師:

上記計画書について、十分説明を受けて納得しました。

患者署名: