

気管支鏡検査を受ける方へ(診療計画書)

患者番号:

患者氏名:

主治医:

看護師:

| 経過 日付 | 検査前日 / | 検査当日 / | 検査翌日 / |
|----------|--|---|---|
| 目標 | # 検査に同意できる | # 安全に検査できる # 検査の合併症がない |  |
| 検査・処置 | 基本的には検査はありません | 検査前に点滴を始めます 鎮静剤を使用することもあります 咽頭部の麻酔を使用し気管支鏡検査を行います 安静解除後にレントゲン撮影があります | 基本的には ありません |
| 内服 | 抗凝固剤や糖尿病薬の内服は中止となります 持参薬内服については主治医の指示に従ってください 検査後、抗菌薬が追加される場合があります | 抗凝固剤や糖尿病薬の内服は中止となります 再開は医師の指示に従ってください | 退院時 新た に処方される 場合があります |
| 活動 | 特に活動に制限はありません | 検査までは活動に制限はありません しかし、点滴をするため点滴が漏れないように してください 検査後は2時間安静となります | 制限は ありません |
| 食事 | 21時以降は食事摂取はできません 飲水は翌日6時までです (ただし、飲めるのはお茶、水、OS1のみです) | 朝から絶食となります 飲水は6時までにしてください 検査終了後2時間で飲水テストを行います ムセなどがなければ食事摂取可能となります 必ず看護師の指示に従ってください | 制限は ありません |
| 清潔 | シャワー可能です | 検査前に口腔内は清潔にしてください (義歯のある方はおとりください) 安静解除後は特に制限はありません |  制限は ありません |
| 排泄 | 特に制限はありません | 検査前にトイレを済ませておいてください 検査後安静にしている間は原則トイレには行けません トイレに行きたくなった場合は看護師にお知らせください | 制限は ありません |
| その他 | 検査オリエンテーションをします 検査同意書を看護師に提出してください 診療計画書に署名をお願いします 不明なことがあれば看護師にお尋ねください | 検査後の注意点について説明します 検査後は、痰に血が混じることがあります 血痰が出た場合は看護師にお知らせください | 10時頃 退院です。 |

1. 現段階での予定となりますので、変更する場合があります
2. ご不明な点や心配事がありましたら、何でもお申し出ください。

神戸市立西神戸医療センター

上記の説明を受けたら署名をお願いします

年 月 日 署名