

【早期癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術，粘膜切除術】を受けられる _____ 様へ
 担当医： _____ 看護師： _____

月 日	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()
経過	治療前日まで	治療当日	治療後	治療後1日目	2日目	治療後3日目	4日目	5日目	6日目	治療後7日目
内服薬	<input type="checkbox"/> 内服は医師の指示したものとします。 <input type="checkbox"/> 血を固めにくくする薬(パナルジンや バファリンなどの抗血小板剤、 ワーファリンなどの抗凝固剤)を内服中 の方、心臓病・高血圧・糖尿病薬を 内服の方は、医師に御相談ください。	<input type="checkbox"/> 医師の指示したものとします。	<input type="checkbox"/> 医師の指示したものとします。	<input type="checkbox"/> 医師の指示したものと します。						
検査・処置	<input type="checkbox"/> 身長・体重測定、採血・採尿をします。 <input type="checkbox"/> 耳たぶから血が止まる時間の検査を します。 <input type="checkbox"/> 胸部と腹部のレントゲンを撮影します。 <input type="checkbox"/> 心電図をとります。 以上は、こちらから御案内しますので、 御部屋でお待ちください。	<input type="checkbox"/> 治療は内視鏡室にて行います。 <input type="checkbox"/> 予定治療開始時刻は _____ 頃です。 (開始時刻は多少前後することが あります。) <input type="checkbox"/> 治療用の服に着替えていただきます。 <input type="checkbox"/> 点滴を開始する際に、 治療前の採血があります。 <input type="checkbox"/> 治療室までは徒歩または車椅子で 行きます。	<input type="checkbox"/> 検査後は、ストレッチャーで 御部屋まで移動します。 移動は自力でできませんので、 こちらにお任せ下さい。	<input type="checkbox"/> 朝に採血をします。 <input type="checkbox"/> レントゲン 写真を撮ります。		<input type="checkbox"/> 朝に採血をします。				<input type="checkbox"/> 朝に採血をします。 <input type="checkbox"/> 1週間後の内視鏡検査 があります。
注射・点滴		<input type="checkbox"/> 治療前に、胃腸の動きを弱めるお薬を 注射します。 <input type="checkbox"/> 治療直前に、緊張を取るお薬を 注射します。	<input type="checkbox"/> 翌朝まで持続して点滴があります。	<input type="checkbox"/> 術後の内視鏡検査があります。(予定日： /) 出血などの合併症がないか確認し、必要であれば止血処置をします。						
食事	<input type="checkbox"/> 医師の指示によります。	<input type="checkbox"/> 朝から絶飲食になります。	<input type="checkbox"/> 飲水は検査後4時間後よりできます。 <input type="checkbox"/> 食事は本日はできません。	<input type="checkbox"/> 診察後、昼より流動食が できます。	<input type="checkbox"/> 朝より3分粥食 が出来ます。	<input type="checkbox"/> 朝より5分粥食 が出来ます。	<input type="checkbox"/> 朝より全粥食 が出来ます。			<input type="checkbox"/> 内視鏡検査があるので 朝食は摂れません。
安静	<input type="checkbox"/> 院内は自由です。	<input type="checkbox"/> 検査までは、院内は自由です。	<input type="checkbox"/> 検査後4時間はベッドにて安静に してください。 <input type="checkbox"/> その後、翌朝まで室内トイレ以外 はベットにて安静にしてください。	<input type="checkbox"/> 午前中医師が診察に伺い ます。						
排泄	<input type="checkbox"/> トイレにて可能です。	<input type="checkbox"/> 検査直前にお声をおかけしますので、 トイレを済ませて検査に行きます。 必要であれば、尿道にカテーテルを 入れます。	<input type="checkbox"/> 検査4時間後の医師診察後は 室内トイレのみ使用可能です。	<input type="checkbox"/> 自由にトイレを お使い下さい。						
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴可能です。	<input type="checkbox"/> 入浴できません。	<input type="checkbox"/> 検査後に御希望があれば体 をお拭き致します。	<input type="checkbox"/> 清拭用のタオルをお渡し します。	<input type="checkbox"/> シャワー可能かどうかは お尋ね下さい。		<input type="checkbox"/> 入浴可能かどうかはお尋ね下さい。			
その他	<input type="checkbox"/> 検査内容・目的・必要性・合併症・ 偶発症等につきお話し致します。 ご質問等あればお気軽にお尋ねください。	<input type="checkbox"/> ご気分はいかがですか？ 体調などに不安などございましたら、 どうぞ、ご遠慮なく申し出て下さい。	<input type="checkbox"/> 検査後の痛み、ご気分がすぐれない 時や、吐き気、嘔吐、腹痛が出現し た時にはすぐにお知らせ下さい。							<input type="checkbox"/> 病理検査の結果、今後の 内視鏡検査予定につ いてお話し致します。

※この入院計画表は現時点で予想されるものであり、症状に応じて変更になる場合があります。
 ※ご不明な点は医師、看護師にお尋ねください。