


気管支ファイバー検査を受けられる患者様の治療計画書（7東・呼吸器内科）

患者氏名：

様

経過	入院日	検査日	退院日
月日	(/)	(/)	(/)
達成目標	<input type="checkbox"/> 検査に向けて理解ができる <input type="checkbox"/> 転倒転落なく過ごせる	<input type="checkbox"/> 安心して検査に臨める <input type="checkbox"/> 検査前後の流れ・注意点を理解して過ごせる <input type="checkbox"/> 転倒転落なく過ごせる	<input type="checkbox"/> 退院後の生活の注意点が理解でき安心して退院できる
処置説明指導	<p> <input type="checkbox"/> ネームバンド装着 <input type="checkbox"/> 持参薬・お薬手帳を確認します <input type="checkbox"/> 病棟の説明をします </p> <p> <input type="checkbox"/> お部屋を出るときは必ずマスク着用・手指消毒・感染予防を徹底継続してください （個人のマスクはご準備ください） </p> <p> <input type="checkbox"/> パスで治療の説明をします ★経過には個人差があり、その際はその都度説明が入ります </p> <p> <input type="checkbox"/> 入院時から関係各署で協力しながら最良の状態で療養生活を送る事ができるようにお手伝いします </p> 	<p> <input type="checkbox"/> 検査開始予定時刻【 時 分】です <input type="checkbox"/> 検査2時間前から絶飲食です ・絶飲食の時間の間はのどが乾いたらうがいのみ可能です </p> <p> <input type="checkbox"/> 検査直前にトイレを済ませてください <input type="checkbox"/> 病棟の検査着を着用します(肌着・ブラジャーは着用しない) <input type="checkbox"/> 右腕に点滴の針を入れます <input type="checkbox"/> 時計・アクセサリ・コンタクト・入れ歯等は全て外します <input type="checkbox"/> 検査時間より30分前に1階のテレビ室へお連れします </p> <p> <検査の流れ> <input type="checkbox"/> 10分間 吸入麻酔をします <input type="checkbox"/> 医師が咽頭麻酔をします <input type="checkbox"/> 鎮静のため筋肉注射をします <input type="checkbox"/> 処置台に横になり、心電図モニターと血圧計を装着します <input type="checkbox"/> 目に薬液が飛ばないようにガーゼで目隠しをします <input type="checkbox"/> 検査中は声を出せません、苦しい時は手で合図してください <input type="checkbox"/> 状態に合わせて注射の鎮静剤を使用します <input type="checkbox"/> 検査は全部で1時間～1時間半程度かかります </p> <p> <検査後の流れ> <input type="checkbox"/> 検査後はストレッチャーでお部屋に戻ります <input type="checkbox"/> 安静時間と絶飲食時間は検査後2時間のことが多いですが、その都度看護師が説明いたします <input type="checkbox"/> 状態に合わせて酸素を使う場合があります <input type="checkbox"/> 初めての歩行は看護師が付き添いますのでお知らせください <input type="checkbox"/> 初めての飲水は看護師が見守り、問題なければ夕から食事が入ります <input type="checkbox"/> 痰をためる場合があります、その際には看護師が説明いたします <input type="checkbox"/> 血痰が出る場合があります、その際は看護師に教えてください </p>	<p> <退院について> <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン撮影があります <input type="checkbox"/> 検査結果に問題なければ予定された日に退院となります <input type="checkbox"/> お会計ができ次第10時前後に退院となります ※お迎えの都合で変更になる場合はお申し付けください </p> <div style="border: 2px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p align="center"><次回外来のお知らせ></p> <p> 日付： 月 日 時間： 時 分 検査：なし 採血 レントゲン CT MRI (造影あり・なし) 絶食時間： 時 分～ </p> <p> <他科（診療科： ）受診> 日付： 月 日 時間： 時 分 検査：なし 採血 レントゲン CT MRI (造影あり・なし) 絶食時間： 時 分～ </p> </div> <p> <退院後の生活について> <input type="checkbox"/> うがい・手洗い・マスク装着・感染予防を継続しましょう <input type="checkbox"/> 感染しやすい人混み・密接をさけて過ごしましょう <input type="checkbox"/> めまいで転倒しないよう注意しましょう <input type="checkbox"/> 禁煙は継続しましょう </p> <p> <治療後下記の症状があった際には外来に連絡を> （医療センター:022-293-1111） <input type="checkbox"/> 血痰が増量・継続する場合 <input type="checkbox"/> 呼吸困難や38.0度以上の発熱が続く場合 </p>
説明評価	日付 患者様のご署名： 担当看護師：		日付 患者様のご署名： 担当看護師：