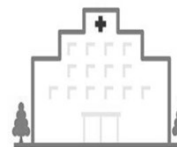


# 入院診療計画書(2泊3日クリニカルパス)



ご本人・ご家族用

逆行性洗腸療法の指導を受けられる方とご家族の方へ

病名	排便障害
治療名	逆行性洗腸療法の導入
入院年月日	
説明年月日	2023年2月2日
主治医氏名	
担当医氏名	
主治医以外の担当氏名	

\*この予定は現時点で考えられるものであり、変わることがあります。  
\*ご不明な点がありましたら、お尋ね下さい。

**\*この用紙は入院当日忘れずにお持ちください。**

以下の内容について主治医\*担当看護師より説明を受けました。

20 年 月 日

患者氏名

ご家族氏名

(続柄)

病歴番号 950000-0

氏名 こども 太朗

生年月日 2018年2月22日

年齢 4歳11ヶ月

性別 男

病棟名

病日	入院前日まで	入院日 月 日( )	入院2日目 月 日( )	退院日 月 日( ) 退院後～
検・査・治・療・処・置	*感染症(はしか・水ぼうそう・おたふく・風疹)の確認をさせていただきます。近所・学校で感染症の流行がある場合、入院出来ないことがあります。必ず来院前に主治医に相談して下さい。	*身長・体重測定をします。 *体温・脈拍・呼吸・血圧を測定します。 *皮膚・排泄ケア認定看護師・病棟看護師・洗腸療法の器具を取り扱う業者により洗腸療法の指導を行います。	*体温・脈拍・呼吸・血圧を測ります。 *引き続き皮膚・排泄ケア認定看護師と病棟看護師により洗腸療法の指導を行います。	*朝、外科医師が診察を行います。
薬剤	*常用しているお薬があればお伝えください。 *医師の指示通り内服をして下さい。	*常用しているお薬があればお持ちいただき、お薬手帳と共に看護師にお渡し下さい。	*常用しているお薬はいつも通り飲んで下さい。	*引き続き常用しているお薬はいつも通り飲んで下さい。
食事	*いつもの食事で構いません。 *アレルギーのある方はお知らせください。	*医師の指示に従い必要な食事を提供させていただきます。		*退院後は普段どおり食事を摂ることが出来ます。
生活上の注意	*いつもの生活で構いません。外出したときは、うがいや手洗いをし風邪をひかないようにしましょう。 *いつもの通りの排泄ケアで構いません。	*特に制限はありません。病棟のパンフレットをご確認ください。		*洗腸手技に関して不明な点がある場合は皮膚・排泄看護ケア認定看護師又は外科医へご連絡ください。 *退院後、洗腸療法の器具に不具合が生じた場合は業者へご連絡ください。 *腹痛、発熱を伴う腹痛などがある場合、日中は外科医師にご連絡ください。休日・夜間は当直対応になります。
清潔	*普段通りで構いません。	*シャワー浴もしくは清拭のご案内をします。		*特に制限はありません。
説明	*下記の書類を記入していただき、入院当日にご持参ください □入院診療計画書 □入院申込兼保証書・(同意書) □入院時チェックシート □アレルギー問診票 □骨折アセスメントシート □入院時情報用紙  *入院に際し、ご持参いただきたいもの □診察券 □保険証 □母子手帳 □リストバンド(当日入院窓口でお渡しします) □洗腸療法の器具+カテーテル5本程度 □洗腸療法の同意書(事前に渡されている場合)	*病棟に到着しましたら病棟入口にあるインターフォンでお伝えください。  *病室にご案内する前に看護師がお体の確認と感染症状について確認します。  *必要な書類と診察券をお預かりします。		*退院は9時です。