内視鏡的大腸粘膜下層剥離術 （大腸ESD） 入院診療計画書（患者様用）

患者氏名　　様　　病室：　　特別な栄養管理の必要性 □ 有 □ 無

病　名	早期大腸癌疑い
症　状	
手　術	内視鏡的大腸粘膜下層剥離術
推定入院期間	8日間

注1）入院後の検査・治療・看護などは基本的にこのスケジュール表通りに行われることになります。ただし、年齢や合併症の有無、その他の理由で個人差が出てきますので予定通りにならないことがあります。
ご自分のペースに合わせ、この予定表を目安に、主治医・担当医・主治看護師などと相談しながら検査や治療を受けられてください。
注2）入院期間については、現時点で予想されるものです。
注3）入院環境に転倒・転落の危険性があります。

月日						
暦日	入院前まで	手術当日	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目～術後6日目（退院）
達成目標	1. 手術の概要、入院中のスケジュールが理解できる 2. 疾患や手術に対して理解できる	1. 手術前の不安や疑問を伝えることができ、手術に向けて心身ともに準備が整う 2. 前処置がスムーズに行え、手術が受けられる 3. 合併症に適切に対応する(出血・穿孔・感染症) 4. 術後トイレ歩行ができる	1. 下血、腹部症状がない 2. 合併症がない	1. 下血、腹部症状がない 2. 食事が開始できる 3. 病棟内歩行ができる	1. 下血、腹部症状がない 2. シャワー浴ができる	【退院基準】 1下血・腹部症状がない 2. 合併症がない 1. 退院後の食事、生活について理解ができる
治　療	○手術前日21時頃ピコスルファーナトリウムを服用して下さい 	〈術前〉 ○指示の薬の内服 ○早朝よりモビプレップ2Lを飲用 ○排便状況（①②③④）確認し、便の状態悪ければ主治医コール ○午後より点滴を行います（左上肢） ○内視鏡室にて検査用のズボンに着替えます 〈術後〉 ○中止薬あれば内服再開（主治医へ確認後）	○点滴を行います ※医師の指示を確認してからになります	○点滴を行います		
検　査		〈内視鏡的大腸粘膜剥離術〉 ○内視鏡室にて行います ○帰室時ベッド上安静	○採血があります			
看護計画 食　事	○昼・夜はクリアスルー食を摂取して下さい ○水分摂取は可能です	○絶食です（水・お茶は可）	○絶食（少量の飲水、飴玉は可）	○朝から易消化食3分粥（主治医へ確認後）	○朝から易消化食5分粥	○朝から易消化食7分粥(4日目) ○朝から易消化食全粥（5日目） ○朝から易消化食米飯（6日目）
看護計画 活　動	○特に制限はありません	<術前>○病棟内歩行可 <術後>○トイレのみ歩行可	○トイレのみ歩行可	○病棟内フリー	○病棟内フリー	○院内フリー
看護計画 清　潔	○特に制限はありません	○清拭	○清拭	○清拭	○シャワー浴可	○シャワー浴可
指　導 説　明	○主治医から手術・治療の説明があります（手術の同意書） ○大腸検査のパンフレットを渡し看護師が説明します ○入院の説明を行います	○痛みが強いときは我慢せずに教えてください ○術後、排便に異常があれば、流さずにトイレのナースコールでお知らせ下さい	○痛みが強いときは我慢せずに教えてください ○術後、排便に異常があれば、流さずにトイレのナースコールでお知らせ下さい	○痛みが強いときは我慢せずに教えてください ○排便に異常があれば、流さずにトイレのナースコールでお知らせ下さい	○痛みが強いときは我慢せずに教えてください ○排便に異常があれば、流さずにトイレのナースコールでお知らせ下さい	○痛みが強いときは我慢せずに教えてください ○術後、排便に異常があれば、流さずにトイレのナースコールでお知らせ下さい ○退院後の食事、生活についての注意事項をご説明します
観　察		＜術前＞ ○看護師が以下のことを確認します ・排便状況（①～④） ・腹部痛の有無 ＜術後＞ ○看護師が以下のことを観察します（帰室後、20時） ・腹満感・発熱・腹痛・嘔気・嘔吐・排便(性状)	○看護師が以下のことを観察します（6時、10時、14時、20時） ・下血の有無 ・排便（性状） ・腹痛、腹部膨満感 ・嘔気、嘔吐 ・発熱	○看護師が以下のことを観察します（6時、10時、20時） ・下血の有無 ・排便（性状） ・腹痛、腹部膨満感 ・嘔気、嘔吐 ・発熱	○看護師が以下のことを観察します（10時、14時、20時） ・下血の有無 ・排便（性状） ・腹痛、腹部膨満感 ・嘔気、嘔吐 ・発熱	○看護師が以下のことを観察します（10時） ・下血の有無 ・排便（性状） ・腹痛、腹部膨満感 ・嘔気、嘔吐 ・発熱

主治医：　　*この入院診療計画書について、医師・看護師から説明を受け、ご理解されましたら、署名をお願いします。　　伊万里有田共立病院

担当医：　　患者署名

看護師：　　記入者（続柄）

在宅復帰支援担当者名：　　在宅復帰支援計画： 必要時、立案いたします　　2018年5月作成

*本人記載が困難な場合”記入者”の欄の記載をお願いします