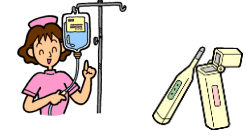
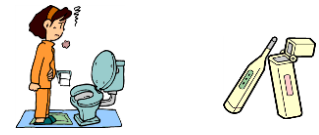


|              | 入院日(手術前)                                                                                                                                                                                                              | 入院日(手術後)                                                                                                                                                                                         | 1日目                                                                                                                                              | 2日目                                                                                                               | 3日目                                                                                                        |  |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 月日 曜日        | 月 日 曜日                                                                                                                                                                                                                | 月 日 曜日                                                                                                                                                                                           | 月 日 曜日                                                                                                                                           | 月 日 曜日                                                                                                            | 月 日 曜日                                                                                                     |  |
| 処置 治療<br>観察  | 腸洗浄剤2リットルと消泡剤を飲んでいただきます<br>排便の確認をしますので、便がでたら流さずにお知らせ下さい                                                                                                                                                               | 点滴をします<br>検温をします<br>                                                                                           | 検温をします<br>便がでたら流さずにお知らせ下さい<br>                                | 検温をします                                                                                                            | 退院日です                                                                                                      |  |
| 検査           |  <div>内視鏡的大腸粘膜下層剥離術<br/>時間(        :        )</div>                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  | 血液検査をします<br>                                                  |                                                                                                                   |                                                                                                            |  |
| 活動           | 特に制限はありません<br>手術前に入浴しましょう                                                                                                                                                                                             | トイレ・洗面以外はベッド上安静です<br>                                                                                         | シャワー浴ができます<br>                                               |                                                                                                                   |                                                                                                            |  |
| リハビリ         |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                   |                                                                                                            |  |
| 食事<br>栄養     | 欠食です<br>                                                                                                                           | 治療終了2時間後から水分は摂取できます<br>  | 1日欠食です<br>                                                  | 朝まで欠食です<br>昼から低残渣食を開始します<br> | 低残渣食です<br>            |  |
| 説明<br>教育     |                                                                                                                                                                                                                       | 治療結果を説明します<br>                                                                                               | 日常生活について説明します<br> <div>腹痛や排便に血液が混じっている場合は、すぐにお知らせください</div> |                                                                                                                   | 退院手続きの書類などをお渡しします<br> |  |
| 痛みに<br>関すること | 痛みに関する目標<br><div><input type="checkbox"/> 痛みの程度(NRS)_____以下で過ごすことができる</div> <div><input type="checkbox"/> 痛みなく睡眠できる</div> <div><input type="checkbox"/> 安静時に痛みがない</div> <div><input type="checkbox"/> 体動時に痛みがない</div> |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                   |                                                                                                            |  |
| 看護師<br>サイン   |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                   |                                                                                                            |  |