

主治医：\_\_\_\_\_

主治医以外の担当者 \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_ さま

病名/症状： \_\_\_\_\_

薬剤科 \_\_\_\_\_ 栄養科 \_\_\_\_\_

○上記パスの内容【入院診療計画書】に基づいた医療を行ないます。この説明用紙は入院時に必要になるため必ずご持参ください。【予定入院数 2日】 \_\_\_\_\_

日付	月 日		月 日
経過	入院日（検査前）	入院日（検査後）	退院日（2日目）
治療 薬剤	気管支鏡検査前に心電図とレントゲン検査を行います 気管支鏡検査30分前に吸入を行います 		レントゲン検査後、医師の許可が出たら退院となります  
点滴 内服薬	気管支鏡検査前に点滴をします 常用薬とお薬手帳をご持参ください 常用薬を確認し、内服します 		
日常生活	制限はありません	検査終了後、車椅子で病室へ戻ります	
食事 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	朝食は早めに食べられます 昼食はとれません	検査1時間後から水分と食事がとれます 夕食から食事ができます 	
説明 指導		呼吸がしづらくなったり、胸が苦しくなったら看護師にお伝えください	
その他	下記書類を提出していただきます ・入院誓約書 ・保険証の確認をします		退院療養計画書・再診の予約表をお渡ししますのでご確認ください
看護計画	入院生活を安全に過ごしていただくために、誤認防止、転倒・転落防止、感染症対策に努めていきます		

説明した看護師 \_\_\_\_\_

20 年 月 日

パス表に基づき、説明を受け承諾いたしました。

本人またはご家族： \_\_\_\_\_

○経過説明の内容は標準的なものであり、年齢、合併症により  
予定している治療内容や入院期間の変更が生じることがあります。