


気管支鏡の検査を受けられる患者様へ

この用紙を入院当日お持ち下さい

ID: \_\_\_\_\_

患者様氏名: \_\_\_\_\_

主治医: \_\_\_\_\_ 受持看護師: \_\_\_\_\_

月日(日時)	/		/	
経過(病日)	入院日(検査前)	(検査後)	検査後1日目(退院)	
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査の必要性を理解し、同意している</li> <li>検査の準備が整っている</li> <li>検査に関する疑問を伝えることができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>胸の痛み、息苦しさがない</li> <li>血痰がごく軽度、もしくはない</li> <li>むせなく水分を摂ることができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>胸の痛み、息苦しさがない</li> <li>血痰がない</li> <li>退院後の生活に不安がない</li> </ul>	
治療・薬剤 (点滴・内服) リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在内服しているお薬を確認させていただきます</li> <li>検査のために一時的に中止しているお薬がある方は、確認させていただきます</li> <li>検査前に点滴を行います</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査前に使用するお薬の影響で一時的に眠くなる場合があります</li> <li>検査後、問題がなければ点滴は終了します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に予定はありません</li> <li>状態によっては追加検査を行うこともあります</li> </ul>	
処置				
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>気管支鏡の検査は午後を予定しています</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査室入室前と検査後に、血圧、体温、脈拍、血中酸素濃度を測定します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>朝、血圧、体温、脈拍、血中酸素濃度を測定します</li> </ul>	
活動 安静度	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査まで制限はありません</li> <li>検査室へ車いすで移動します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査後は1時間ベッド上安静です</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>安静解除後は制限はありません</li> </ul> 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院後、検査前は絶飲食です</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査後2時間は絶飲食となります</li> <li>2時間後に看護師が確認の上、飲水を再開します</li> <li>むせなく水が飲めれば夕食から食べることができます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事は通常通りです</li> </ul> 	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査前、直後は入浴、シャワー浴はできません</li> </ul>			
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査前、制限はありません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査後1時間はベッド上安静となります</li> <li>トイレの際は看護師が対応します</li> <li>安静解除後は制限はありません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul> 	
患者様及びご 家族への説明 生活指導 リハビリ指導 栄養指導 服薬指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査のスケジュールについて説明します</li> <li>サインをしていただいた検査同意書をお預かりします</li> <li>眼鏡、入れ歯、ヘアピン、貴金属コンタクトレンズは検査前までに外してください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査の影響で、一時的に血痰や熱が出ることがあります</li> <li>検査の影響で、検査後一時的にのみ込みづらさを感じることがありますが、間もなく改善します</li> </ul>		

注1 病名は、現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくに従って変わることがあります。

注2 入院期間については現時点で予想される期間です。

説明を受けた日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明を受けた方の氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター  
Tel: 0296-77-1121 令和6年1月更新