

入院診療計画書

羊水検査を受けられる

( )様へ

病名  
年齢  
生年月日:  
症状  
受持看護師  
病棟

薬剤師  
管理栄養士

2部印刷  
1部:患者ファイル  
1部:患者様用

入院は 年 月 日 時頃に手続きをすまして産婦人科外来においでください

|      |                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 日時   | 検査日                                                                                                                                                                                                               | 退院後                                                    |
| 食事   | 日帰り入院の場合は食べずに退院されることが多いです                                                                                                                                                                                         | 普通に食事ができます                                             |
| 安静度  | 検査前 特に制限はありません<br>検査後 異常がなければ病室に帰ります<br>帰室後1時間はベッドで安静にしてください                                                                                                                                                      | 退院日はシャワー浴ができます<br>翌日から入浴ができます                          |
| くすり  | 入院時にお薬などのアレルギーがあればお知らせください<br>検査後から感染予防のため抗生物質を飲んでいただきます                                                                                                                                                          | お腹の張り止めのお薬と抗生物質が処方されますのでお飲みください。<br>退院後発熱するようなら受診して下さい |
| 処置検査 | 病衣に着替えていただきます<br>入院時・退院前にお熱の測定や、赤ちゃんの心音チェックをします<br><br>羊水検査<br>・医師が超音波検査でお腹の中を診察します<br>・お腹に痛み止めの局所麻酔をかけます<br>・超音波で胎児を確認しながら羊水を採る針を入れます<br>・羊水が採れればもう一度超音波で赤ちゃんの心拍を確認します<br>・医師の指示で安静度が決まります<br>・退院前に赤ちゃんの心拍を確認します | 出血やお腹の張り、発熱、破水などした場合は必ず受診してください                        |
| 備考   | 入院後医師からの説明があります。<br>看護師がそのつど経過をご説明します<br>次回受診日は主治医からご説明します                                                                                                                                                        | メモ                                                     |

※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることもありますのでご了承ください

※ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。

◇総合的な機能評価◇

☐ 評価対象外

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

・日常生活動作

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

・認知機能

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

・意欲

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

※ 特別な栄養管理の必要性

☐ 有

☐ 無

主治医

私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄 )

高知赤十字病院 産婦人科 10-010-0(患者用)