

# 肝生検を受けられる

説明医師

様へ

看護師

【病名： \_\_\_\_\_】 【病棟 \_\_\_\_\_】

| 月日       | 月 日   | 月 日  | 月 日   | 月 日   |   |   |
|----------|---|--|---|---|---|---|
| 経過       | 入院  |  | 当日検査前   | 当日検査後   | 朝食後退院   |   |
| 検査       | 血液の検査を行います<br>   |  |   |   |   |   |
| 食事       | 並食<br>   | 並食<br>      | 並食<br>   | 絶食<br>                             | 並食<br> | 並食<br> |
| 処置・観察    |   |  | ストレッチャーにて入室<br>超音波室にて検査を行います<br><br>    |   | 朝に検査部位の消毒を<br>します   |   |
| 注射<br>内服 |   |  |   | 点滴が1本あります<br>約4時間かかります<br><br> |   |   |
| 行動       | 院内歩行可<br>   | 院内歩行可<br> | 術後4時間は<br>絶対安静<br><br><br>翌朝まで床上安静<br>(トイレ歩行は可)<br>  | 処置後退院となります<br>                 |   |   |
| 説明       | 医師より説明<br>術前後の経過について<br>処置の説明<br><br><br>看護師より説明<br>前処置と安静度について説明<br> |  |   |   |   |   |

\* 入院に関して心配事がありましたらお申し出ください。  
 \* この表はおよその経過をお知らせしたものです。種々の都合により、予定通りではない  
 こともありますので、予めご承知ください。  
 \* 入院費についてはおよその概算額です。検査や手術により金額が変わります。  
 \* 入院に際してこの用紙を必ずお持ちください。

02-Z03-1

上記説明を受けました  
 平成 年 月 日 (本人・家族)