

02-Z12N-1 (検査のみ)    02-Z12N-2 (EPT時)    02-Z12N-3 (CEPT時)  
 02-Z12V-1 (検査のみ)    02-Z12V-2 (EPT時)    02-Z12V-3 (CEPT時)

ID

パス名	全大腸内視鏡検査	指示 医師	検査医
		外 来 看護師	担 当 看護師

検査目的：  病診紹介    当院健診部紹介    大腸がん検診（2次）  
 便潜血陽性    血便    便秘    下痢    腹痛    貧血  

慢性閉塞性肺疾患：(無・有)                      腹部手術の既往：(無・有)                      ) 透 析：(無・有)  
 CO<sub>2</sub>ボンベ希望：(無・有)                      アレルギー既往：(無・有)                      ) 糖 尿 病：(無・有)  
 心疾患：(無・有)                      ) 緑 内 障：(無・有)                      前立腺肥大：(無・有)

月日	月 日	月 日																							
経過	検査前日	当日（検査前）      当日（検査後）																							
目標	<input type="checkbox"/> 検査に対する心身の準備ができる <input type="checkbox"/> 前処置の必要性が理解でき確実にこなせる																								
検査	<input type="checkbox"/> 凝固検査 要(予約時間の1時間前に採血)																								
食事	<input type="checkbox"/> 検査食 <input type="checkbox"/> 自宅で消化のよいものを作る 20時以降絶食（透明な水分可）																								
処置・観察	<input type="checkbox"/> 常用薬の確認 抗凝固薬 (無・有) 抗血小板薬 (無・有) ( ) 血糖降下剤 (無・有) 降圧剤 (無・有) その他 ( ) <input type="checkbox"/> 検査前中止薬 (無・有)																								
	<input type="checkbox"/> ニフレック 1袋 <input type="checkbox"/> ビジクリア 30錠 <input type="checkbox"/> 65歳以上、又は高血圧・腎障害のある患者は慎重投与を確認した <input type="checkbox"/> 透析患者を含む重篤な腎機能障害患者、高血圧の高齢者、心不全・不安定狭心症の患者には投与しないことを確認した																								
	<input type="checkbox"/> 凝固検査結果確認 (INR ) <input type="checkbox"/> 検査開始時 タイムアウト施行 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> イソゾゴ 散布 <input type="checkbox"/> ビオタニン染色 <input type="checkbox"/> 拡大/NBI/EUS <input type="checkbox"/> 点墨マキング																								
	( / ) から _____ 中止 ( / ) から _____ 中止 ( / ) から _____ 中止	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>開始時</th> <th>検査時</th> <th>終了時</th> </tr> <tr> <td>BP</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>便回数</td> <td></td> <td></td> <td>腹満 無・有</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">便スケール</td> <td>1 2 3</td> <td></td> <td>腹痛 無・有</td> </tr> <tr> <td>4 5</td> <td></td> <td>排ガス 無・有</td> </tr> </table>		開始時	検査時	終了時	BP				P				便回数			腹満 無・有	便スケール	1 2 3		腹痛 無・有	4 5		排ガス 無・有
		開始時	検査時	終了時																					
BP																									
P																									
便回数			腹満 無・有																						
便スケール	1 2 3		腹痛 無・有																						
	4 5		排ガス 無・有																						
<input type="checkbox"/> 生検 (可・不可)																									
注射・内服	<input type="checkbox"/> ピコスルファート Na 4錠 (眠前内服) <input type="checkbox"/> ブチルスコポラミン 1A 筋注 <input type="checkbox"/> グルカゴン 1V 筋注 <input type="checkbox"/> ミダゾラム 1A+生食 18ml <input type="checkbox"/> フルマゼニル <input type="checkbox"/> 生食 100ml (ルート確保) <input type="checkbox"/> ペチジン 1A +生食 19ml																								
行動	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> EPT時別紙参照																								
説明	<input type="checkbox"/> 医師より (検査予約時) 検査の必要性和内容説明 検査同意書 <input type="checkbox"/> 看護師より (検査予約時) 検査前処置について																								
追加・備考	<input type="checkbox"/> 前投薬持ち帰り (検査予約時) <input type="checkbox"/> {ピコスルファート Na 4錠 ニフレック 1袋 <input type="checkbox"/> {ピコスルファート Na 4錠 ビジクリア 30錠 ※コストは検査時一括払い																								
	<input type="checkbox"/> 排便状況不良時 <input type="checkbox"/> グリセリン浣腸 120ml <input type="checkbox"/> グリセリン浣腸 60ml 反応便 ( ) 回 スケール ( )																								
バリアンス	<input type="checkbox"/> CEPT時は、点滴・内服薬はなし <input type="checkbox"/> 透視使用                      挿入時間 : <input type="checkbox"/> コロナビ使用                      全検査時間 :																								

様へ

看護師

月日	月 日	月 日	月 日
経過	検査前日	当日（検査前）	当日（検査後）
目標	○検査に対する心身の準備ができる ○前処置の必要性が理解でき確実にできる		○出血がない ○腹痛がない
検査・治療	<p style="text-align: center;"><b>時 分頃より検査を行います</b></p> <p>10分前までに内視鏡受付にお越しください</p> <p>□必要時 凝固検査を行いますので（ : ）までに採血を済ませてください</p> <p>検査前に血圧を測ります</p> 		
食事	検査前日は繊維の多い食品（野菜、海藻）脂肪分の多い食品（乳製品など）は避けてください □指定された検査食をおとりください □自宅で消化のよいものを作る <b>20時以降は絶食となります</b> 透明な水分（水・お茶など）は構いません	朝食と昼食は食べてはいけません <b>脱水予防のため透明な水分（水・お茶）はしっかり摂取してください</b>	検査後より食事をとっても構いません
			
処置		<p><b>8時～下剤（水薬）を服用してください</b></p> <p>下剤の服用方法はビデオ参照</p> <p>□ニフレック1袋2Lを2時間かけて服用（1回200ccを10分毎に服用）</p> <p>□ビジクリア30錠と水1.2Lを1.5時間で服用（1回5錠と水200ccを15分毎に服用）最後に300ccの水を30分かけて飲水</p> <p>※通常1時間ほどで下痢が始まります 気分が悪くなった場合は、病院の方へご連絡ください</p>	
注射・内服	常用薬のある方は医師の指示通り服用してください おくすり手帳をお見せください 治療前中止薬（有・無） （ / ）から _____ を休薬 （ / ）から _____ を休薬 （ / ）から _____ を休薬 <b>21時頃に下剤を4錠服用してください</b> 	検査前に筋肉注射をします ※心臓病、緑内障、糖尿病、前立腺の病気のある方は申し出てください  おくすり手帳をお持ちの方はご持参ください 	
行動	制限はありません 	※検査前の注射により目が見えにくくなる場合がありますのでご注意ください ポリプを切除したりの処置を行うことがあります。事故防止のため、お車・バイクを運転しての来院は控えてください 	<b>終日運転は控えてください</b>  お腹の張った感じや痛みは排ガスとともに楽になります
説明	検査予約時に医師から検査の必要性、内容について説明をします 		医師から検査の結果、今後の治療について説明をします 
	検査予約時に看護師から検査前の処置について説明をします 		看護師から検査後の生活について説明をします □必要時 抗血栓薬の再開について説明をします 

\* 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。

\* 外来でポリプを切除された方は、1割負担で約1万円、2割負担で約1~2万円、3割負担で約3~4万円の負担金が発生します。

\* 検査をキャンセルされる場合や心配事がありましたら消化器センターまでお申し出ください。

午前8:30~午後5:00 TEL 075-561-1121 (代表)

02-Z12N-1,2,3

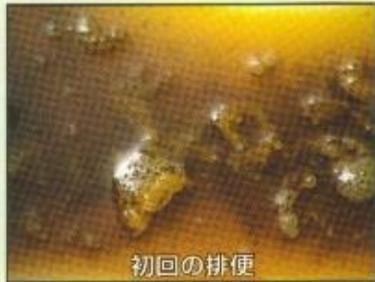
02-Z12V-1,2,3

○下剤を受け取り説明を受けました。 はい・いいえ

# どの様な便でしたか？

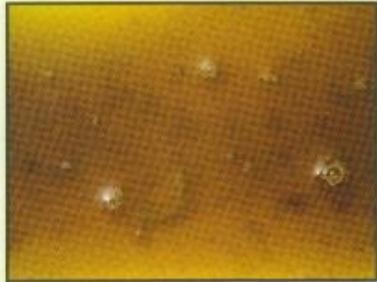


①



初回の排便

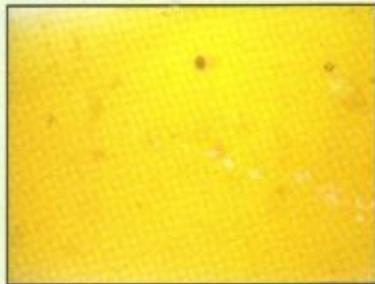
②



③



④



⑤



最終の排便

排便回数 (5~8回) とともに便の状態は①→⑤の様な黄色の水様便になります。

⑤の便になれば検査可能です。

08100025