CT下肺生検パス

＿＿＿＿病棟＿＿＿＿病室　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿様

患者さんには治療計画に基づいた医療を行います。　　説明日：＿＿＿＿＿＿＿＿

項目	検査前(入院まで)	月　日（ ）：検査当日		月　日（ ）
イベント		検査前	検査後	検査後1日目:退院日
目標		・検査について理解している ・発熱、感冒症状がない	・呼吸状態が安定している ・安静が守られている	・呼吸状態が安定している ・穿刺部の異常がない
検査 処置		・検温、体調確認をします ・検査前に検査着に着替えます	・レントゲン 	・レントゲン 
点滴		・点滴を開始します 		
内服薬	・医師の指示薬を 内服してください	・持参薬を預かり、入院中は看護師が 管理させて頂きます		
食事	・制限はありません	・検査前は食べられません 	・食事が出ます  	
清潔	・シャワー浴可です 	・洗顔、歯磨きをしてください ・シャワー浴はできません 		・シャワー浴可です 
活動 安静度	・制限はありません	・制限はありません 	・検査後1時間は、 針を刺した部位を下にして ベッド上安静です 	・制限はありません 
排泄	・制限はありません	・制限はありません	・検査後1時間は、ベッド上で行います。 その後は、トイレ可です	・制限はありません
説明	・診察時、担当医より 検査説明があります 	・検査同意書を確認します 【病棟看護師より】 ・安全確認のため、患者識別バンドを 装着します ・入院、検査オリエンテーションをします	・息苦しさや赤い痰、胸痛があれば すぐにお知らせください  ・検査後のレントゲンは、車椅子で 行きます。声がかかるまで、 病室でお待ちください 	・朝レントゲン検査がありますので、声が かかるまで病室でお待ちください ・医師がレントゲンを確認後、退院となります 

患者さんの状態により、スケジュール内容が多少異なる場合があります。　経過はその都度、個別にご説明します。

東京女子医科大学附属足立医療センター　2026年2月　第4版