

クッシング症候群の検査を受けられる方へ【患者用パス】

患者氏名 _____

月日(日時)	/ ()	/ ()	/ ()
経過(病日等)	入院日	検査日	検査日・退院日
達成目標	入院生活について理解できる 検査について理解できる 身体的準備ができています	発熱がない	日常生活の注意点について理解できる 発熱がない
内服・点滴		検査用のお薬を飲みます	
処置・検査 注2	23時に採血します 		採血をします 
活動安静度		院内自由です	
清潔		シャワー浴ができます	
排泄	 特に制限はありません 	蓄尿をします	 特に制限はありません 
食事	21時以降は絶飲食です	21時以降は絶飲食です	朝食は検査終了後になります
説明	看護師が入院生活について説明します 薬剤師が服薬歴・持参薬等の確認します	 	退院後の生活について説明します 
備考			

注1 経過および入院期間は現時点で想定されているもので、状態によって前後することもありますのでご注意ください
 注2 検査の時間は前後することがございます、予めご了承ください