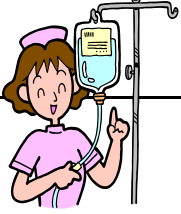
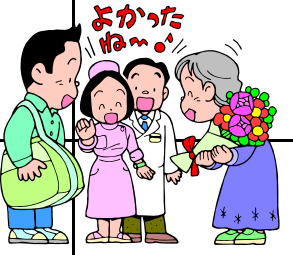





(前日) 経皮経肝胆管ドレナージを受けられる方へ

氏名：@PATIENTNAME 様

| | 1日目 入院日 | 2日目 | | 3日目 治療後1日目 | 4日目 治療後2日目 | 5日目 退院日 |
|-------|---|--|------------------------------|--------------------------------|---|--|
| | | 治療前 | 治療後 | | | |
| 日付 | / | / | | / | / | / |
| 注射 | | <ul style="list-style-type: none"> 左腕から点滴を始めます。 病棟で肩に注射を2本して治療する場所にいきます。 | 抗生剤の点滴があります。 | 抗生剤の点滴があります。 |  | |
| 内服 | 今まで飲まれていたお薬があれば、お知らせください。 | 持って来られたお薬は、昼は飲まないでください。 | | 持参されたお薬は、医師の指示があるまで内服をお待ちください。 | | |
| 検査・処置 | | 尿道に管を留置します。 | | | | |
| 活動 | | | 翌日朝までベッド上安静となります。 | | |  |
| 食事 | | 朝食は半分程度、食べられます。12時以降は何も食べたり飲んだりできません。 | 食事開始については医師より指示があるまでお待ちください。 | 食事は、普通通りです。 | | |
| 説明 |  | | | | <ul style="list-style-type: none"> 痛みがとても強い等、気になる症状がある時は受診日以外でも受診して下さい。 TEL：0824-65-0101 (電話交換につながります。受診希望の旨をお伝え下さい) | |