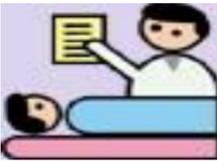
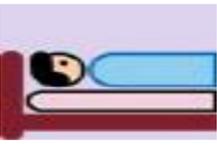


ご説明年月日: 年 月 日 病棟: @PATIENTWARD 号室:

病名: 斜視 入院目的: 手術 症状: 眼位異常

手術内容: 別途ご説明いたします 推定される入院期間: 約 2~6日間 特別な栄養管理の必要性: 有・無

説明医師署名: 受持看護師名: その他担当者名:

日時	入院日	手術当日	術後1日目	退院日
検査	/		 斜視検査	 斜視検査 (検査後退院)
説明・指導	 医師と看護師より手術の説明 全身麻酔の場合は 麻酔科医の訪問	 術後説明	 退院指導 自己点眼指導	
点眼	 手術前点眼 (ガチフロ点眼)		点眼表参照	点眼表参照
安静度	 安静度自由	 局所麻酔は術後1時間安静 全身麻酔は術後3時間安静	 安静度自由	 安静度自由
点滴・内服		 手術中のみ点滴	 成人: 痛み止め 小児: 内服薬なし	 成人: 痛み止め 小児: 内服薬なし
食事	 食事	 手術前は 絶飲食 (別紙参照)	 食事	 食事
清潔	 入浴	 手術着に着替えます	 入浴	 入浴
必要書類、 その他(リハ ビリテーショ ン等の計画)	 手術同意書 付き添い許可書など			

注1)この計画書は現時点で考えられるものであり、今後病状等により変われるものです。その場合は再度説明いたします。
注2)入院期間については、現時点で予想されるものです。

上記のとおり説明を受けました。 年 月 日

患者本人署名	親族又は 代理人署名	患者との続柄
--------	---------------	--------