

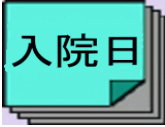
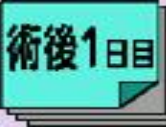
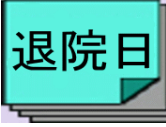
ご説明年月日：年 月 日病棟：号室：

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：無・有 → （ ）

説明医師署名：受持看護師名：その他担当者名：

日時				
	/	/		
検査			 斜視検査	
説明・指導	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	通常使用されている薬の 確認をさせていただきます	 点滴の針をいれます 全身麻酔は 術後3時間点滴	 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りえるものです。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