

ご説明年月日: 年 月 日

病棟:

号室:

病名: 眼瞼下垂・その他

入院目的: 手術

症状: 眼瞼下垂・その他

手術内容: 別途ご説明いたします







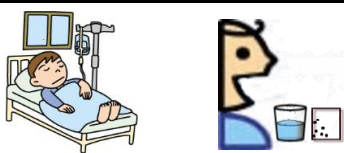






推定される入院期間: 約 2・3 日

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	退院日
診察・検査	 術前検査 アレルギーの問診		 診察
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
安静度	 安静度自由	 術後2時間クーリング施行 局所麻酔は棟内安静 全身麻酔は3時間安静	 安静度自由
点滴・内服・外用		 成人: 痛み止め 小児: 内服なし	 成人: 痛み止め 小児: 内服なし 眼軟膏
食事	 食事	 食事、水分の制限はありません	 食事
清潔	 入浴	 手術着に着替えます	 シャワー
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		

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ます。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( )