

入院診療計画書 白内障の手術を受けられる

様へ

眼科

ご説明年月日: 年 月 日 病棟: 号室:

病名: 白内障 入院目的: 手術 症状: 視力低下

手術内容: 別途ご説明いたします 推定される入院期間: 約 1~3 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	手術日・術直前	手術日・術後	手術翌日(翌日退院の場合)	術後2日目/退院日
検査	 病状に応じて適宜行います。				
処置		 診察		 診察/術後所見	 診察/術後所見
説明・指導	担当医・看護師による オリエンテーション 全身麻酔の場合は麻酔科医の訪問 		術後説明 	自己点眼指導 退院指導 	退院 
点眼	1日4回さして頂きます 点眼1種類	朝手術の方は 起床時1回 昼手術の方は 起床時1回+昼1回	点眼2種類 (麻酔の目薬1本は、 看護師が行います)	自己点眼 点眼3種類 	自己点眼 点眼3種類 
安静度	安静度自由 	病棟内のみ(全身麻酔の場合ベッド上3時間安静) 		安静度自由 	安静度自由 
点滴・内服		適宜ご説明させて頂きます 		適宜ご説明させて頂きます 	適宜ご説明させて頂きます 
食事	常食もしくは治療食 	手術前は 絶飲食  水のみ3時間前まで可能	局所麻酔の場合術後より摂取可 全身麻酔の場合、3時間後看護師が 腸蠕動音を確認してから摂取 	常食もしくは治療食 	常食もしくは治療食 
清潔、その他(リハビリテーション等の計画)	入浴可能 	手術着 手術着に着替えます  		清拭	首下シャワー・介助洗髪可  

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
--------	-----------	--------