

ご説明年月日: 年 月 日 病棟: @PATIENTWARD 号室:

病名: 加齢黄斑変性 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 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	翌日	退院日
	/	/	
診察・検査	 術前検査 アレルギーの問診	眼科診察なし 問診のみ	眼科診察なし 問診のみ
治療・指導	治療開始		 退院指導
安静度	 安静度自由	 安静度自由	 安静度自由
生活	治療後 強い光を避けた生活	強い光を避けた生活	強い光を避けた生活
食事	 常食もしくは治療食を 摂取	 常食もしくは治療食を 摂取	 常食もしくは治療食を 摂取
清潔	 入浴	 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		

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()