

ご説明年月日：年 月 日病棟：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		眼科診察なし	眼科診察なし
治療・指導	点滴の針を挿入し 治療をします		 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()