



ご説明年月日: 年 月 日

病棟: @PATIENTWARD

号室:

病名: 入院目的: 硝子体注射 症状: 視力低下等
 手術内容及び日程: 別途ご説明いたします 推定される入院期間: 約 1 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		 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		 術後説明	
安静度	 安静度自由		 安静度自由	
点眼			 点眼開始	
食事	 食事		 食事	
清潔	 術後は清拭		入浴・洗髪・洗顔可能です	
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()