

ご説明年月日：年 月 日

病棟：

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	 退院指導
安静度	 安静度自由		 安静度自由
内服・点眼	通常使用されている薬の確認をさせていただきます		 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()