

ご説明年月日:            年    月    日            病棟: @PATIENTWARD            号室:           

病名: 結膜弛緩症・翼状片・その他            入院目的: 手術            症状: 異物感・視力低下・その他

手術内容: 別途ご説明いたします            推定される入院期間: 約 2・3 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	手術当日	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
点滴・内服			 抗生剤と点眼
食事	 食事	 手術前は 絶飲食 (指示あれば可能)	 食事
清潔	 入浴		 シャワー
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(            )