

ご説明年月日：年 月 日

病棟：

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			
	/	/	
診察・検査			 診察
説明・指導	 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	通常使用されている薬 の確認をさせていただきます		 抗生剤内服と点眼
食事	 食事	 絶飲食	 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()