

入院診療計画書 ニードリング手術を受けられる

@PATIENTNAME

様へ

ご説明年月日: 年 月 日

病棟: @PATIENTWARD

号室:

病名: 緑内障

入院目的: 手術

症状: 眼圧上昇 ・ その他

手術内容: 別途ご説明いたします

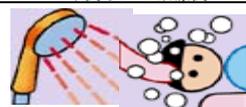
推定される入院期間: 約 1 (日・週・月間)

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	手術前日/入院日	手術当日	手術翌日	術後2日目	術後3日目/退院前日	退院日	
検査	 術前検査 アレルギーの問診			 検査へ 術後評価			
処置		 診察 ベットサイドに訪床		 診察 術後所見			
説明・指導	 担当医・看護師による オリエンテーション	 術後説明	 自己点眼	 退院指導			
点眼	 手術まで1日4回点眼します	 (麻酔の目薬は看護師が行います)	ご自分で3種類の目薬をさす練習をしていきます。		 自己点眼		
安静度	 安静度自由	 手術後1時間安静	病棟内安静 病棟外は車椅子移動				
点滴・内服		 夕～手術後の内服薬が3日間あります	⇒	⇒	⇒		
食事	 常食もしくは治療食	 手術前は 絶食です (手術3時間前は絶飲)	 術後1時間後より摂取可	 常食もしくは治療食			
清潔、その他(リハビリテーション等の計画)	 入浴可能	 手術着に着替えます	 手術後保護具使用	 術後1日目～首下シャワー・介助洗髪			

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
--------	-----------	--------