

入院診療計画書 ニードリング手術を受けられる

様へ

ご説明年月日： 年 月 日

病棟:

号室:

病名： 緑内障

入院目的：手術

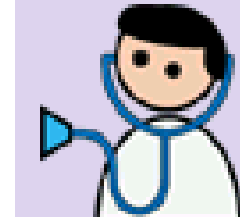
症状： 眼圧上昇 ・ その他

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: (無)・有 → ()

說明醫師署名：

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 術後評価			
処置				 診察			
説明・指導	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			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		 1時間床上安静	病棟内安静 病棟外は車椅子移動			
点滴・内服	通常使用されている 薬の確認をさせてい たきます		 夕より抗生剤の内服薬を 3日間内服	⇒	⇒	⇒	
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
--------	-----------	--------