

ご説明年月日: 年 月 日

患者氏名: @PATIENTNAME

病棟: @PATIENTWARD

号室:

病名: 緑内障

入院目的: 手術

症状: 視野欠損・視力低下

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 週間

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	手術日・術直前	手術日・術後	手術翌日～術後2日目	術後3日目以降	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	 検査へ 術後評価	
処置		 診察 ベッドサイドに訪床		 診察 術後所見	 診察 術後所見	 退院
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				 退院説明
点眼	1日4回さして頂きます 点眼1種類 	朝手術の方は起床時1回 昼手術の方は起床時1回+昼1回 	点眼2種類 (麻酔の目薬1本は看護師が行います)	看護師による 点眼3種類又4種類 	術後3日目より自己にて3種類又4種類 点眼開始	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	 医師の許可ができれば 安静度自由	 医師の許可ができれば 安静度自由
点滴・内服	点滴の留置針のみ挿入 します	 点滴・注射		 内服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	 常食もしくは治療食	 常食もしくは治療食
清潔	 入浴可能	 手術着 手術着に着替えます	 手術後はガーゼを貼ります	 医師の許可がでるまで 清拭	 術後3日目より 首下シャワー・介助洗髪可・T字カミソリ 可	 首下シャワー
必要書類、 その他(リハ ビリテーション 等の計画)	 同意書・誓約書					

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