

入院診療計画書

角膜内皮移植手術を受けられる

様へ

ご説明年月日：年 月 日

病棟：

号室：

病名：

入院目的：

症状：

手術内容：

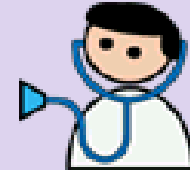
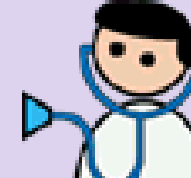
推定される入院期間：約（日・週・月間）

特別な栄養管理の必要性：無・有→（）

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 （外来でしている 場合もあります）		 検査 術後評価			
処置			 診察 ベッドサイドに 訪床	 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・ 退院説明	
点眼	 1日4回	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 		看護師による 点眼2種類  	自己点眼開始	自己点眼 
安静度	 安静度自由		 医師より許可でるまで トイレ、食事、診察以外 枕なしで仰向きで安静	医師より許可でるまで トイレ、食事、診察以外	 医師の許可ができれば 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 たきます	点滴の針をいれます	 手術中 点滴	 3種類の 内服薬		
食事	 常食 または 治療食	 局所麻酔：3時間前 全身麻酔：0時より絶食、 3時間前より絶飲食	 局所麻酔：1時間後 全身麻酔：3時間後よ り	 常食 または 治療食		
清潔	 入浴可	 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	 首下シャワー 介助洗髪可	 術後14日目より 入浴、洗髪、洗顔可
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