

入院診療計画書 全層角膜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：水泡性角膜症・角膜白斑・その他

入院目的：手術

症状：視力低下・その他

手術内容：別途ご説明いたします

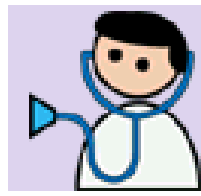
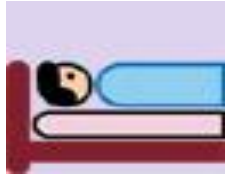
推定される入院期間：約 1 （日・**週**・月間）

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)			 術後評価	 検査へ 術後評価	
処置			 診察	 診察 術後所見	 診察 術後所見	 退院
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 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		看護師による 点眼2種類  	 自己点眼開始 点眼2種類 ガーゼOFF、カッペのみ	自己点眼
安静度	 安静度自由		 局所麻酔：手術後1時 間 ベッド上安	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	 通常使用されている薬の 確認をさせていただきます	点滴の針をいれます	 手術中 点滴あります	 点滴2日間 内服は5日間あります 	ステロイドの内 服 	
食事	 常食もしくは治療食	 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	局所麻酔：術後1時間後より飲食 可 全身麻	 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	 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えるものです。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
--------	-----------	--------