

様へ

ご説明年月日：年 月 日

病棟：

号室：

病名： 角膜穿孔・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

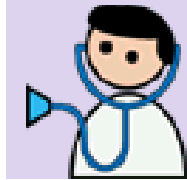
推定される入院期間： 約1（日 週・月間）

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 アレルギーの問診			 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	 自己点眼
安静度	病状により 別途説明します		 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	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		  内服薬が3日間あります		
食事	 常食もしくは治療食	 手術前は絶飲食 水のみ3時間前ま	 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	病状により 別途説明します	 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 介助洗髪
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
--------	-----------	--------