

入院診療計画書 プリザーフロマイクロシャント術・白内障手術を受けられる方へ

ご説明年月日:	年 月 日	患者氏名:	病棟:	号室:		
病名: 緑内障・白内障		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 7~10 日間		特別な栄養管理の必要性: 有・無		
説明医師名:		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3日目	術後4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			診察	診察	
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 午前手術: 起床時1回 午後手術: 起床時1回+昼1回			看護師による点眼2種類又は3種類	自己点眼開始 点眼2種類又は3種類	点眼2種類 又は3種類
安静度	安静度自由		手術後1時間安静	病棟内のみ	医師の許可がでれば 安静度自由	
点滴・内服	持参した内服薬の確認をします	手術前に点滴の針をいれます 手術中に抗生剤の点滴をします 内服は看護師が説明します		抗生剤の内服 3日間		
食事	常食または治療食	術前は食べれません(術前3時間は飲水不可)	術後1時間後より飲食可		常食 または治療食	
清潔	入浴可	手術着に着替えます	ガーゼを貼ります	清拭 顔はタオルで拭いて下さい 術後3日目よりT字カミソリ可	首下シャワー 介助洗髪	術後14日目から 自己での洗髪・入浴可
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。

兵庫医科大学病院 眼科 2025.10.20作成

承認番号: 55025-00

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