

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: H 年 月 日

病棟:

号室:

病名: 水泡性角膜症

入院目的: 手術

症状: 視力低下・眼痛

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 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				 自己点眼・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 	局所麻酔: 麻酔の目薬1本は看護師が行います 全身麻酔: 点眼なし	看護師による 点眼2種類  	看護師による点眼 点眼2種類 医師の許可ができれば 自己点眼開始	自己点眼 点眼2種類 
安静度	 制限ありません	 術後3時間トイレ・診察以外指示がでるまで枕なし仰臥位安静		 医師の指示がでるまで、 トイレ・診察以外 枕なし 仰臥位安静	 術後3日目より 棟内フリー 体位制限なし	 制限なし
点滴・内服	点滴の留置針のみ挿入 します	 点滴・注射		 内服薬が3日間あります		
食事	 常食もしくは治療食	 局所麻酔は手術前、絶食です 全身麻酔はOS-1摂取	 術後3時間後より摂取可 (全身麻酔の場合は3時間後看護師が腸蠕動音を確認 してから摂取)	 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、 必要時、弾性ストッキングを履きます	 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。 H 年 月 日

患者本人署名

親族又は代理人署名

患者との続柄