

入院診療計画書(左緑内障手術を受けられる患者様へ)

ID番号 @PATIENTID

氏名 @PATIENTNAME

様

@PATIENTWARD

病棟

@PATIENTROOM 号室

病名 (他に考える病名)

症状



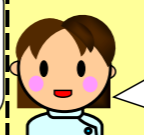
担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

月日	入院日・手術前日( / )	手術日( / )		術後1日目 ( / )	術後2日~4日目 ( / ~ / )	術後5日目~	術後 約8日目
		術前	術後				
経過	入院	手術					退院
目標	入院・手術に対する疑問点をスタッフに相談できる	疑問点を相談でき、手術を受けることができる	指示された体位を守ることができる	術後の注意点を理解できる		退院に向けて、安全な方法で点眼ができる	退院後の、日常生活の注意点を理解できる
検査 診察	視力・眼圧・眼底検査	基本的に検査や診察はありません		診察	.....▶		
処置 手術	腕に、氏名と術眼を記入します 術眼の上に印を記入します	1	翌朝までガーゼ眼帯です	安静 ↓ 水分を取りむせり・吐き気がないことを 看護師が確認します ↓ 点滴が抜けます			自己点眼の指導があります
	 点眼の指導があります						
くすり	薬剤師により常用している薬の確認があります						
食事	通常通りです		食事、水分取れます	通常通り			
行動	病院内歩行可です		病棟内のみ歩けます 手術後は歯みがきはできません				
清潔	制限はありません	病棟内歩行可 (術前処置があるので、病棟内でお過ごし下さい)		診察後から ひげそり・歯みがき可。 体をふくときお手伝いします	( / )~首から下シャワー浴可 ( / )~目を保護して洗髪可		次回受診日まで 顔は洗わず 拭くだけにして下さい
説明	・入院生活、手術当日のオリエンテーションがあります ・『手術の説明と同意書』 『抗生剤問診票』など書類の確認	 手術後の医師の説明を一緒に聞きに行きます	 痛みがあるとき、お知らせ下さいお薬を用意します	6東病棟：024-547-1625 眼科外来：024-547-1228			

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

福島県立医科大学医学部附属病院 パス承認番号 (No.312) 承認月日 (令和 2年 7月 29日)

注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

特別な栄養管理の必要性  有  無

上記内容について説明を受け同意いたしました

署名：

続柄：