

入院診療計画書(右硝子体切除術+ガスタンポナーデ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

その他担当者

@SYSDATE

月日	入院日・手術前日(/ /)	手術日(/ /)		術後1日目 (/ /)	術後2日~5日目 (/ ~ / /)	術後6日目~	術後約8日目
		術前	術後				
経過	入院	手術		手術後			
目標	入院・手術に対する疑問点を相談できる	手術に対する疑問点を相談でき、手術を受けることができる		術後の注意点を理解できる 指示された体位を守ることができる		退院に向け安全な方法で点眼される	退院後の日常生活の注意点を理解できる
検査 診察	入院・手術に対する疑問点を相談できる	手術に対する疑問点を相談でき、手術を受けることができる		診察			
検査 診察	<ul style="list-style-type: none"> 2階の眼科外来で、視力や眼圧などの検査を行います。 左腕に「氏名」と「術眼」を記入し、術眼の上に印をつけます。 	なし		6階東病棟で診察を行います。順番がきましたらご案内致しますのでお部屋でお待ち下さい。			
処置 手術		<p>(時 分) 頃から</p> <ul style="list-style-type: none"> 絶食、絶水です。 点滴を始めます。前開きのシャツと病院のパジャマに着替えて下さい。 術前処置の目薬を看護師が行います。 <p>(時 分) 頃手術の予定です。時間は前後することがあります。</p>	<p>術後はガーゼ眼帯になります。翌日の診察まで外さないで下さい。</p> <p>部屋に戻ったら1時間安静にします。トイレには行けません。</p> <p>↓</p> <p>水分を摂ります。</p> <p>↓</p> <p>むせりや吐き気が無ければ点滴を抜きます。</p> <p>↓</p> <p>食事を摂ります。</p>	<p>眼を圧迫したり、ぶついたりしないように気を付けてください。眼帯をつけて過ごすようになります。</p> <p>術後1日目 (/ /) 歯磨き、ひげそりが可能です。</p> <p>術後2日目 (/ /) 首から下の入浴が可能です。</p> <p>術後5日目 (/ /) 眼を保護しての洗髪が可能です。</p> <p></p> <p>洗顔は退院後外来で医師許可があるまでは禁止です。濡れたタオル等で優しく拭くだけにして下さい。</p>			
薬剤	<ul style="list-style-type: none"> 常用しているお薬を確認します。持ってきたお薬とお薬手帳を提出して下さい。 点眼方法について確認します。 			<ul style="list-style-type: none"> 通常通り内服して下さい。 術後点眼が開始になります。看護師が指導を行いますのでお部屋でお待ち下さい。 			
食事	制限はありません。			制限はありません。			
行動	制限はありません。長時間部屋を離れる際は必ず看護師に声をかけて下さい。	術前処置がありますので、病棟内で過ごして下さい。		終日 うつぶせ になります。目薬、食事の時間以外は顔を下向きにして過ごして下さい。			
清潔	制限はありません。			<p>歯磨き、ひげそり、入浴、洗顔、洗髪は禁止です。</p> <p>上記参照して下さい。</p>			
説明	<ul style="list-style-type: none"> 病棟案内のDVDをご覧頂きます。 病棟看護師が入院説明を行います。 入院や手術に関わる書類の確認をします。 薬剤師が持参されたお薬についてお話を伺います。 手術室の看護師が手術室での流れについて説明を行います。 	<p>【面会の方へ】</p> <p>手術後に一緒にお迎えに行きますので、必ず病室か6階ロビーでお待ち下さい。</p> <p>病棟を離れる際はスタッフへ声をかけて下さい。携帯電話は繋がるようにしておいて下さい。</p>		<p>痛みがあるときはスタッフへお知らせ下さい。痛み止めを用意しています。</p>		<p>術後点眼の指導を行います。</p> <p></p> <p>退院後の生活の注意点、点眼薬については、退院時に別紙にて説明を行います。</p> <p>【お問い合わせ】</p> <p>平日の日中(眼科外来) : 024-547-1228</p> <p>夜間や休日(6東病棟) : 024-547-1625</p>	

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。

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

注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい。

署名:

続柄: