

入院診療計画書(右硝子体切除手術+白内障手術+エア置換術を受けられる患者さまへ)

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

作成日

@SYSDATE

担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

その他担当者

月日	入院日 (/)	手術日 (/)		術後1日目 (/)	術後2~4日目	術後5日目
		術前	術後			
経過	入院	手術		手術後		退院
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	退院に向けて安全な方法で点眼できる	退院後の日常生活の注意点を理解できる
検査診察	<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。 術眼側の耳たぶに印をつけます。 	なし		<ul style="list-style-type: none"> 毎朝、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ください。 		
処置		<p>(時 分) から術前準備を開始します。</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ください。 血栓予防のための弾性ストッキングを履きます。 術前処置の目薬を看護師が行います。 	<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ください。</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>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 眼帯を装着します。 <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>洗顔は、退院後外来で医師許可があるまでは禁止です。それまでは濡れたタオル等で優しく拭くだけにしてください。</p>		
薬剤	<ul style="list-style-type: none"> 常用している薬を確認します。持ってきた薬、点眼薬、お薬手帳を提出してください。 点眼方法について確認します。 	<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>		<ul style="list-style-type: none"> 通常通り内服してください。 術後点眼が追加になります。 		
食事	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。 			<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。 		
行動	<ul style="list-style-type: none"> 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ください。 	<ul style="list-style-type: none"> 術前処置がありますので、病棟内で過ごしてください。 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴が終了したら、病棟内のみ歩くことができます。 	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。 手術の内容によっては体位制限が必要になる場合があります。 		
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。 			<ul style="list-style-type: none"> 歯磨き、ひげそり、入浴、洗顔、洗髪は禁止です。 		
説明	<ul style="list-style-type: none"> 病棟案内のDVDをご覧ください。 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。 			<ul style="list-style-type: none"> 術後点眼の指導を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	

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。

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。

特別な栄養管理の必要性
無・有

上記内容について説明を受け、同意しました。

署名：	続柄：
-----	-----