

入院診療計画書

硝子体(右・左)の手術を受けられる 様へ

入院説明日:

入院時の診断・病態

診療科: 眼科

病棟:

月日(日時)	経過(病日等)	外来	入院日	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	手術後1日	手術後2日	手術3日目	手術後3-4日/退院
			入院当日						退院
目標	治療の目的を理解し同意している		①診察・検査をスムーズに受けることができる ②手術に向けて身体的・精神的な準備を整えることができる	①痛みが鎮痛剤で軽減できる ②安全・安楽に過ごす事ができる ③術後の合併症がない ④術後の注意点を理解することができる	①術後の合併症がない ②痛みが鎮痛剤で軽減できる ③感染予防の行動がとれる ④術後の注意点を理解することができる	①術後の合併症がない ②痛みが鎮痛剤で軽減できる ③感染予防の行動がとれる ④術後の注意点を理解することができる	①術後の合併症がない ②痛みが鎮痛剤で軽減できる ③感染予防の行動がとれる ④術後の注意点を理解することができる	①術後の合併症がない ②痛みが鎮痛剤で軽減できる ③感染予防の行動がとれる ④術後の注意点を理解することができる ⑤今後の治療方針の説明を受け納得している	
処置・薬	血液をサラサラにする薬(抗凝固剤)を飲まれている方は医師にお伝え下さい 常用している薬があれば、入院時にご持参下さい	持参の薬は継続して下さい 手術前から抗生剤の飲み薬が始まります 感染予防の点眼を始めます。(1日4回)	・手術開始2時間前から散瞳開始します。 ・手術側にマーキングをします。 ・点滴の針を入れます	手術後は感染予防の点眼は一時中止です 食事が1/2以上食べられたら、点滴の針を抜きます	点眼を行います(1日4回)			自己点眼を再開します 最初の点眼は看護師同席で行います	
検査	血液検査 心電図 レントゲン	診察があります				診察があります	診察があります	診察があります	診察があります
観察		体温・脈拍・血圧を測定します 点眼の方法を確認します	体温・脈拍・血圧を測定します (10時・散瞳開始時) 瞳孔の大きさ	体温・脈拍・血圧を測定します (掃室時・掃室後2時間後) ・疼痛(眼)の有無 ・嘔気の有無 ・頭痛の有無	体温・脈拍・血圧を測定します(午前) ・疼痛(眼)の有無 ・嘔気の有無 ・頭痛の有無	体温・脈拍・血圧を測定します	体温・脈拍・血圧を測定します	体温・脈拍・血圧を測定します	
活動		院内自由です 診察、検査などがありますので、 できる限り病棟内で過ごすように して下さい	手術室へは歩いて行きます 状況に応じて車椅子、ストレッチャー で行きます	車椅子またはストレッチャーで掃室 します 手術後は安静に過ごして下さい テレビの視聴はできません トイレ歩行や食事はできません	テレビは視聴できません 手術後の体位指示に従ってください				
食事		普通食をお出します (必要に応じて治療食へ変更する 場合もあります)	手術の2時間前から食事・飲水不可 です 12:00~13:30までの手術の方は昼 は延食になります	掃室直後より水分摂取は可能です 掃室30分後から食事が可能になりま す					
清潔			手術前に洗顔をしてください。	眼に当て綿をしているので入浴、洗 顔、洗髪は行えません	顔の周りを拭くことのみできます	透明カバーを装着して、首から下 のみシャワー浴ができます	介助で洗髪ができます	洗顔・洗髪・入浴は手術後7日目からで きます それまでは首から下のシャワー、介助洗 髪はできません	
排泄		病棟内のトイレをご利用ください							
患者様及びご家族への説明・書類	・日常生活について伺います 以下の説明を行います ・入院申し込み ・手術必要物品 ・入院診療計画書	・主治医より手術の説明がありま す ・手術室看護師より手術室の説明 があります ・病棟看護師より手術前の説明 があります ・入院に必要な物は入院パンフ レットを参照して下さい ・栄養士から食事指導があります (特別食の場合)	・手術に行く時は時計・めがね・入れ 歯などは外してください ・女性の方は化粧、マニキュアは除 去して下さい ・男性の方は髭をそって下さい ・補聴器は、手術する眼の反対側で あれば、装着できます ・マーキング部はこすらないようにし ましょう	・痛みがあれば知らせて下さい ・顔の拭き方を説明します。 ・眼脂の拭き方を説明します。			退院前日に退院後の生活指導、次 回受診日について説明します ・運動・仕事を始める時期につい ては主治医と相談して下さい ・点眼は指示まで続けて下さい ・退院のパンフレットを参考に体位 の指示に従ってください	診察後に退院となります 退院後の点眼薬をお渡します 退院時は目のカバーは外せます。夜間は 6日目まで装着して下さい 退院のパンフレットの指示に従ってくだ さい	

上記の説明を受け、理解しましたので同意します

年 月 日

説明医師:

☒

受け持ち看護師:

説明看護師:

患者または

患者家族氏名:

注1: 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わることがあります。
注2: 入院期間については現時点で予想される期間です。ご了承ください。