

入院診療計画書

眼瞼下垂症の手術(局所麻酔)を受けられる

様へ


入院説明日:

入院時の診断・病態

眼瞼下垂症

診療科: 形成外科

病棟:

月日(日時)	/	/	/	/	
経過(病日等)	外来	入院日/手術当日		手術後1日目	手術後2日目/退院日
		(術前)	(手術後)		
目標	☆治療の目的を理解し同意している	☆手術前後の流れが分かる ☆不安を表出できる ☆手術に向けての準備ができる	☆血圧・脈拍・体温が安定している ☆痛みが軽減する ☆異常な出血がない	☆発熱がない ☆痛みが軽減する ☆異常な出血がない	☆手術後の合併症がない ☆38℃以上の発熱がない ☆創部の異常がない
処置・薬		<input type="checkbox"/> 持参薬の確認をします ※血液をサラサラにするお薬(抗凝固剤、抗血小板剤)は中止です <input type="checkbox"/> 手術前に点滴があります 看護師が点滴の針を入れます	<input type="checkbox"/> 手術後も点滴があります <input type="checkbox"/> 創部の出血などがあれば、適宜ガーゼ交換をします <input type="checkbox"/> 翌日までむくみ予防に創部を氷で冷やします	<input type="checkbox"/> 点滴があります(朝・夕) 点滴が終われば針を抜きます <input type="checkbox"/> 創部を氷で冷やします <input type="checkbox"/> 出血がなければ、ガーゼをはずします <input type="checkbox"/> 創部に軟膏を塗ります(自分で塗る練習をします) <input type="checkbox"/> 抗生物質の飲み薬があります(3日間のみ)	<input type="checkbox"/> 抗生物質の飲み薬は無くなり次第、抗生物質は終了です
検査		<input type="checkbox"/> 特にありません			
観察		<input type="checkbox"/> 身長・体重測定 <input type="checkbox"/> 体温・血圧・脈拍測定 <input type="checkbox"/> 入院前の生活状況や目の違和感などの自覚症状を伺います <input type="checkbox"/> 寝付けない方は遠慮なくご相談下さい	<input type="checkbox"/> 適宜、血圧・体温などを測ります <input type="checkbox"/> 創部の観察をします	<input type="checkbox"/> 適宜、血圧・体温などを測ります <input type="checkbox"/> 創部の観察をします	
活動		<input type="checkbox"/> 病棟のご案内をします <input type="checkbox"/> 飲食に制限はありません <input type="checkbox"/> 手術は(時 分)からの予定です。 呼び出しがあれば、歩いて(必要時車椅子)手術室に向かいます <input type="checkbox"/> メガネ・時計・入れ歯・指輪などは、外してお待ち下さい	<input type="checkbox"/> 手術後は車椅子で戻ってきます <input type="checkbox"/> 帰宅後はトイレ歩行が出来ますが、出血予防のため出来るだけ病室で安静にしてください	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません	
食事		<input type="checkbox"/> 朝8時・昼12時・夕6時に、看護師が配膳します <input type="checkbox"/> 治療が必要な方は医師の指示に従って下さい	<input type="checkbox"/> 飲食に制限はありません		
清潔		<input type="checkbox"/> 入浴できます 介助が必要な方は声をおかけ下さい <input type="checkbox"/> 爪きり、マニキュアの除去をして下さい	<input type="checkbox"/> 洗顔禁止です 創部が濡れないようにして下さい	<input type="checkbox"/> 創部を濡らさないように胸から下のシャワーが出来ます <input type="checkbox"/> 看護師の介助で洗髪が出来ます	
排泄		<input type="checkbox"/> 手術予定30分前に排尿を済ませて、お部屋でお待ち下さい ※他の手術の関係で遅れる場合があります	<input type="checkbox"/> 病棟のトイレをご利用下さい 必要時は尿器など準備致します		
患者様及びご家族への説明・書類	<input type="checkbox"/> 日常生活について伺います <input type="checkbox"/> 入院申し込み <input type="checkbox"/> 手術必要物品 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書 <input type="checkbox"/> 禁煙の説明をします	<input type="checkbox"/> 入院診療計画書の説明をします <input type="checkbox"/> 持参薬や連絡先の確認をします <input type="checkbox"/> 看護師より手術前後の流れを説明します <input type="checkbox"/> 手術同意書の確認をします <input type="checkbox"/> アレルギーがあればお伝え下さい <input type="checkbox"/> 本人確認のため、リストバンドをつけます <input type="checkbox"/> 手術中、ご家族の方はデイルームか家族控え室でお待ち下さい	<input type="checkbox"/> 手術後の安静や点滴など説明します <input type="checkbox"/> 痛みや目の不快感があれば、我慢せずナースコールを押して下さい ※目を強くこすらないように注意して下さい。 痛みがあれば痛み止めを使います。	<input type="checkbox"/> 退院後の生活について ・洗顔禁止 ・感染予防のため手指の清潔保持 ・綿棒で1日3回軟膏を塗布 ・抜糸までは創部を強くこすらない	<input type="checkbox"/> リストバンドをはずします <input type="checkbox"/> 診察券・退院証明書をお渡しします <input type="checkbox"/> 次回受診日の説明をします ※次回の外来で抜糸をします 退院後も軟膏塗布を続けて下さい 軟膏が無くなり次第、処置は終了です

説明医師:

㊞

受け持ち看護師:
説明看護師:

患者または

家族氏名:

上記の説明を受け、理解しましたので同意します

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。

平成 年 月 日