


入院診療計画書(右白内障手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 ( / )
		術前	術後	
経過	入院生活や手術日の説明を行います。	術前準備を行います。	術後は病棟のお部屋へ戻ってきます。	午前中の診察後、合併症がおきなければ退院になります。
目標	入院、手術に対する疑問点を相談できる。	疑問点を相談でき、手術を受ける事ができる。		日常生活の注意点について理解できる。
検査 診察	<ul style="list-style-type: none"> <li>2階の眼科外来で、視力や眼圧などの検査を行います。</li> <li>術眼側の耳たぶに印をつけます。</li> </ul>	なし		<ul style="list-style-type: none"> <li>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下さい。</li> </ul>
処置		<p>( 時 分) 頃から</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>血栓予防のための弾性ストッキングを履きます。</li> <li>術前処置の目薬を看護師が行います。</li> </ul>	<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>部屋に戻ったら医師の指示があるまで安静にします。<b>トイレには行けません。</b>酸素マスクは医師の指示があるまで継続します。</p> <p>医師の指示で水分を摂ります。むせりや吐き気が無ければ食事が再開になります。</p> <p>↓</p> <p>食事が摂れたら点滴を抜きます。</p>	
薬剤	<ul style="list-style-type: none"> <li>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下さい。</li> <li>点眼方法について確認します。</li> </ul>	<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"> <li>通常通り内服して下さい。</li> </ul>
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません。</li> </ul>	<p>( / 時 分) から絶食  </p> <p>( / 時 分) から絶水</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません。</li> </ul>
行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>術前処置がありますので、病棟内で過ごして下さい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>点滴が終了したら、病棟内のみ歩くことができます。</li> </ul>	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>洗顔、入浴、洗髪は禁止です。</li> </ul>	
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟案内のDVDをご覧頂きます。</li> <li>病棟看護師が入院説明を行います。</li> <li>入院や手術に関わる書類の確認をします。</li> <li>薬剤師が持参薬についてお話を伺います。</li> <li>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。</li> </ul>			<p>術後1日目 ( / ) 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 ( / ) 洗顔と洗髪が可能です。それまでお顔は濡れたタオル等で優しく拭くだけにして下さい。</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>

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：