

入院診療計画書(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)







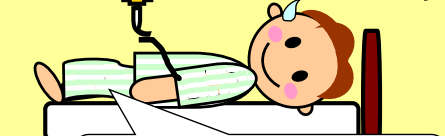


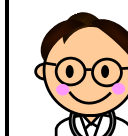

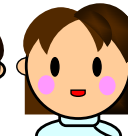
症状

作成日 @SYSDATE

担当医師 @USERNAME 印

担当看護師

担当薬剤師

月日	入院日 (/)	手術日 (/)		術後1日目 (/)	術後2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。	注意点を守りながら、日常生活のリズムを戻していきましょう。
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。		術後の注意点を理解できる。	
検査・診察	術前に、視力・眼圧などの検査を行います。採血・採尿・レントゲン・心電図など、一度行った検査に関しては基本的に再検査しません。			眼圧 眼底検査	眼圧 眼底検査
処置	腕に、氏名と術眼を記入します。術眼の上に印をつけます。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 抗生剤の目薬が開始になります。  1滴で十分です。 あふれた液は、きれいな清浄綿、もしくはティッシュでふき取ってください。 </div>	(時 分) から絶食です (時 分) から目ぐすり・点滴を始めます (時 分頃) から手術です <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>  点滴  目ぐすり </div> <div>  </div> </div>	翌日の診察まで眼帯は外さないで下さい。 30分の安静がおわったら看護師がうかがいます。それまでお向けで <div style="display: flex; justify-content: center;">  </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 術前よりも眩しく感じる場合があります。サングラスなどで日ざしやライトを遮ると、見えやすくなる場合があります。 </div>	
薬剤	常用しているお薬も確認させてください。 <div style="display: flex; justify-content: center;">  </div>	<div style="display: flex; justify-content: center;">  </div> 前開きのシャツ、病院のパジャマに	水分をとり、ムセリや吐き気がなければ、点滴を抜きます。 安静時間が終わりましたら食事もとることができます。	診察時入院時に渡された瞳を開く目薬を持参してください。 診察後看護師が目薬のつけ方の説明にうかがいます。	<div style="display: flex; justify-content: center;">  </div>
食事	手術による食事の制限はありません。				
行動	院内フリー入浴可 手術の後目を保護する為に『メオガード』の購入をおすすめします。(クリーニングで販売しています)	術前に処置がありますので、病棟内ですごしてください。		はみがき可 ひげそり可	
清潔				首から下シャワー可 術眼をぬらさないようにしてください。	
説明	病棟をご案内します。手術のオリエンテーションをします。手術室看護師の訪問があります。 <div style="display: flex; justify-content: center;">  </div> 『手術の説明と同意書』『抗生剤問診表』など、書類を確認して下さい。 <div style="display: flex; justify-content: center;">  </div>	ご家族の方へ... 患者様が手術されている間ご心配かと思いますが、お部屋か6階のロビーお待ち下さい。 手術が終わりましたら患者様をいっしょに迎えに行くことができます。		痛みがあるとき、スタッフまでお知らせください。お薬を用意させていただきます。 <div style="display: flex; justify-content: center;">   </div>	

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。

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No.30) 承認月日 (平成16年4月13日)

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。

署名:	続柄:
-----	-----

6東病棟: 024-547-1625 眼科外来: 024-547-1228