

別紙 入院診療計画書 白内障手術(1泊2日)を受けられる方へ _____様

医師 _____

看護師 _____

経過 月/日	手術当日(入院日・手術前)	当日(手術後)	手術後1日目(退院日)
目標	<ul style="list-style-type: none"> 手術について不安なことがあれば伝えることができる 治療の必要性がわかり、同意できる 	<ul style="list-style-type: none"> 手術した眼の清潔が保て痛みがない 転倒・転落をしない 	<ul style="list-style-type: none"> 手術した眼の清潔が保て、目やにや痛みがない 正しい目薬のさし方が理解できる 退院後の注意点がわかる
治療 薬剤 (点滴・内服)	<ul style="list-style-type: none"> 手術時間に合わせて目薬をさします 手術時間に合わせて点滴をします 午前中手術の方は病棟で、午後手術の方は外来で診察を行います 	<ul style="list-style-type: none"> ガーゼ眼帯をしています 	<ul style="list-style-type: none"> 7時頃に診察のため瞳孔を開く目薬をさします * 8:25に診察があります 退院後に使用する目薬の種類と回数を説明します
安静度	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 車椅子で手術室へ行きます 	<ul style="list-style-type: none"> 2時間はベッド上安静です トイレ歩行は可能です 	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません
食事	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後は飲水が可能です 手術後から食事ができます 	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> 洗顔はできません 歯磨きはできます 顔は、お渡しするおしぼりで拭いてください 	<ul style="list-style-type: none"> 朝、ガーゼ眼帯をはずし、おしぼりで顔を拭きます 保護メガネをかけていただきます 退院翌日から、首から下のシャワーができます 
説明	<ul style="list-style-type: none"> 同意書にサインをいただいたものを確認します 手術時間や順番をお伝えします 保護メガネの持参を確認します 	<ul style="list-style-type: none"> 痛みや出血があればお知らせください 手術をした眼はガーゼ眼帯をしているので、転びやすくなるため注意しましょう 手術後はじめて歩行する時は看護師が付き添いますので、必ずナースコールでお呼びください 歩行時に見えにくさやふらつきがあれば看護師が付き添いますので、ナースコールでお呼び下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 退院前にパンフレットを用いて、退院後の生活や目薬のさし方について説明します(別紙) 目薬の種類や回数を記入した「目薬表」をお渡しします(別紙) 

※病状によって医師より安静度、清潔、退院日など変更される場合があります
※分からないことがありましたら、その都度看護師にお聞きください

以上につき、____年 ____月 ____日 主治医から説明を受けました。

患者署名:

代理人:

(続柄)