

## 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

病名(他に考える病名)

担当医師 @USERNAME 印

@PATIENTNAME

様

@PATIENTWARD 病棟

@PATIENTROOM 号室

作成日 @SYSDATE

担当看護師

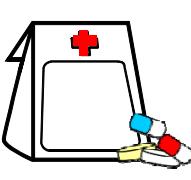
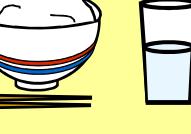
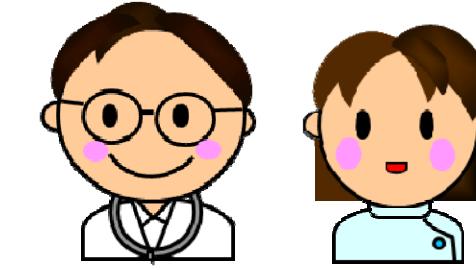
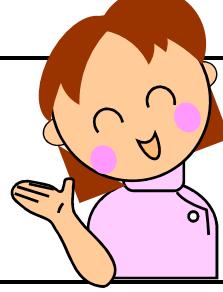
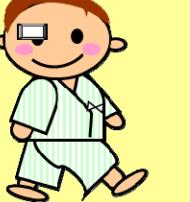
担当薬剤師

手術日( / )

術前

術後

術後1日目( / )

| 月日       | 入院日( / )  | 担当看護師  |  | 担当薬剤師   |
|----------|---|--|--|---|
| 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。<br>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<br>診察 | ・2階の眼科外来で、視力や眼圧などの検査を行います。<br>・左腕に「氏名」と「術眼」を記入し、術眼の上に印をつけます。<br><br>  | ( 時 分)から絶食<br>( 時 分)から絶水<br><br>( 時 分)頃から<br>・点滴を始めます。前開きのシャツと病院のパジャマ、弾性ストッキングに着替えて下さい。<br>・術前処置の目薬を看護師が行います。  | 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。<br>部屋に戻ったら医師の指示があるまで安静にします。トイレには行けません。<br>酸素マスクは医師の指示があるまで継続します。<br>↓<br>安静時間が過ぎたら水分を摂ります。むせりや吐き気が無ければ食事が再開になります。<br>↓<br>食事が摂れたら点滴を抜去します。<br><br>  | 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。<br><br>         |
| 処置       | ・常用しているお薬を確認します。<br>持ってきたお薬とお薬手帳を提出して下さい。<br>・点眼方法について確認します。  | ( 時 分)頃<br>手術の予定です。時間は前後する事があります。  | 通常通り内服して下さい。   | <br><br>   |
| 薬剤       | 制限はありません。   |  | 制限はありません。  |   |
| 食事       | 制限はありません。   |  |  |   |
| 行動       | 制限はありません。<br>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。   | 術前処置がありますので、病棟内で過ごして下さい。   | 点滴が終了したら、病棟内のみ歩くことができます。   |   |
| 清潔       | 制限はありません。   |  | 歯磨き、ひげそり、入浴、洗顔、洗髪は禁止です。  | 歯磨き、ひげそりは可能です。<br>首から下の入浴は退院翌日から可能です。<br><b>洗顔と洗髪は退院後外来で医師許可があるまでは禁止です。</b> お顔は濡れたタオル等で優しく拭くだけにして下さい。<br>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。 |
| 説明       | ・病棟案内のDVDをご覧頂きます。<br>・病棟看護師が入院説明を行います。<br>・入院や手術に関わる書類の確認をします。<br>・薬剤師が持参されたお薬についてお話を伺います。<br>・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。  | 【面会の方へ】<br>手術後に一緒にお迎えに行きますので、必ず病室から階口へお待ち下さい。<br>病棟を離れる際はスタッフへ声をかけて下さい。携帯電話は繋がるようにしておいて下さい。<br><br> | 痛みがあるときはスタッフへお知らせ下さい。痛み止めを用意しています。   | <br><br><b>【お問い合わせ】</b><br>平日の日中(眼科外来) : 024-547-1228<br>夜間や休日(6東病棟) : 024-547-1625   |

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。

|             |
|-------------|
| 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 :

統柄 :

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号(№155-1) 承認月日(平成24年1月20日)