

白内障手術を受けられる方へ(入院診療計画書)

年 月 日

患者ID

患者氏名

様

病名

右・左

白内障

推定される入院期間

2日程度

特別な栄養管理の必要性

(有・無)

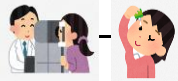
主治医

病棟看護師長

担当薬剤師

管理栄養士

担当看護師

月 日	/	入院日 (手術日)		/
経 過	外来	入院日 (手術日)		退院日
目 標	・患者さん及びご家族が手術の必要性を理解できる	手術前	手術後	術後1日目
		・手術を受ける準備ができる 	・痛み等がある場合は、看護師に伝えることができる ・眼帯着用により片眼になるため、安全に療養生活を送ることができる	・日常生活の注意点について理解できる ・自己点眼、またはサポートを受けて正しく点眼できる ・視力の変化に対して注意して行動できる
検 査 処 置	・手術に必要な検査を行います ・抗生剤の点眼薬が出ます。手術予定3日前（ / ）から手術をする眼に点眼して下さい	・入院前に外来で診察をします ・手術に備えて時間で点眼します（ :)(:)(:)(:)(:) ・時間になったら、車椅子で手術室に向かいます		・外来で診察します ・診察後に退院できます
注 射		・手術室入室前に点滴を行います	・点滴終了後に抜去します	
処 方	・抗生剤の点眼薬が処方されます ・内服薬、目薬、湿布などのお薬がある場合は、入院時にお薬手帳と一緒に全て持参して下さい	・持参した薬を確認します ・医師の指示により持参した薬を内服して頂きます		・退院時にお預かりしたお薬、お薬手帳、点眼薬をお返しします 
観 察		・体温、脈拍、血圧を測定します ・点眼後、瞳孔の広がり程度を確認します 	・体温、脈拍、血圧を測定します	
食 事	・入院当日の朝食は通常通りお召し上がり下さい 	・昼食は病院から提供された物以外、摂取しないで下さい。それ以降、飲食水はできません。 	・水分は医師の許可で飲水できます。夕食から食事ができます	・制限はありません
安 静 度 リハビリ		・点眼後はベッドでお過ごし下さい	・手術後1時間程度はベッド上で安静です ・翌日までは手術した方の眼が下になる姿勢は避けて下さい	
清 潔	・入院前（前日）に洗髪、爪切りをして下さい		・洗面はできません	・洗面はできません。顔を拭くタオルをお渡しします
排 泄		・制限はありません	・手術後1時間以内の排泄は看護師が付き添います	
行 動		・手術前はベッドでお過ごし下さい	・手術をした眼をぶつけないよう行動しましょう	
指導 (手術中)		・確認のため手術室入室時にお名前、手術する側の眼（右・左）をお聞きます。 ・手術中はできるだけ、眼を動かさないようにご協力下さい ・手術中に咳、くしゃみなど出そうな場合、痛みや気分不快などの症状があるときは動かないで声に出してお知らせ下さい		
説 明	・医師から手術について説明があります ・看護師から入院後の生活について説明があります ・保護帯、拭き綿は当院売店から買い求めて準備下さい	・入院説明窓口でお荷物、お薬等をお預かり後に、外来で診察を受けて頂きます ・手術室に入る前に、身につけている物（指輪、時計、義歯、ネックレス、ヘアピン、ウィックなど）は、取り外して下さい ・瞳孔が広がって距離感が普段と異なります。注意して移動して下さい。不安な場合は看護師をお呼び下さい	・保護帯をつけて手術室から帰室します。ぶつけたり自分で外さないよう注意しましょう ・移動する際は、片眼を覆っているので遠近感が普段と異なりますので注意して移動しましょう ・痛み等があるときは看護師にお知らせ下さい 	・点眼方法を看護師から説明します。必要時薬剤師からも説明があります 
患者・家族の要望 看護説明				
退院後の 治療計画	・次回受診は 月 日（ ） 時 分からです。 ・術後1週目に視力、眼圧など術後の検査を行います。			
退院後の 療養上の注意点 (退院指導)	・手術前と距離感が異なります。手術した眼をぶつけないよう気をつけて歩行しましょう ・異物感を感じますが、眼をこすったりしないよう注意しましょう ・洗眼と洗髪は退院後外来診察時に医師から許可が出るまで禁止となります。顔はぬれたタオルで優しく服だけにしてください。歯磨き、髭剃りは可能です。首から下の入浴は退院翌日から可能です ・急激な視力低下、あるいは眼のかすみ、激しい眼の痛み、目やにが非常に多い、強いかゆみ、手術した眼を強く打ったり、頭をぶつけた場合、眼の充血がひどくなった場合はに受診してください			

* 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したがって変更になる可能性があります。
* 入院期間については、現時点で予想されるものです。

上記の診療計画の内容について、説明を受けましたので、同意します。

本人・家族 署名： 患者との続柄：

公立藤田総合病院