


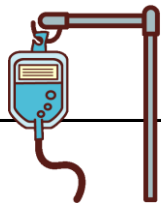



入院診療計画書・短期滞在手術同意書－白内障の手術を受けられる患者様へ－

患者氏名

様

| | | | |
|----|--|------------|---|
| 病名 | | | |
| 症状 | | | |
| 病棟 | | 特別な栄養管理の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

| | 手術当日 | | 手術後1日目～2日目(退院) |
|-------|--|--|---|
| | 手術前 | 手術後 | |
| 目標 | <input type="checkbox"/> 手術の内容を受けて同意する <input type="checkbox"/> 術後の安静が理解できる | | <input type="checkbox"/> 正しい方法で点眼が実施できる <input type="checkbox"/> 感染予防行動がとれる |
| 処置 | <input type="checkbox"/> 手術前に眼科外来にて診察があります <input type="checkbox"/> 手術する側の眉上に肌色テープを貼ります  | | <input type="checkbox"/> 眼科外来で診察があります 診察の結果にて退院が決まります |
| 薬 | <input type="checkbox"/> 手術2時間前に内服があります  | | <input type="checkbox"/> 抗生物質の内服があります  |
| 点滴 | <input type="checkbox"/> 点滴の準備をします | <input type="checkbox"/> 手術中より点滴があります  | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 食事に制限はありません <input type="checkbox"/> 手術後1時間前より絶飲食となります | <input type="checkbox"/> 食事に制限はありません | |
| 安静度 | <input type="checkbox"/> 特に制限はありません <input type="checkbox"/> 手術室へは車椅子で行きます | <input type="checkbox"/> 病室に帰ってきてから1時間はベット上安静です 頭をふったりしないで下さい | <input type="checkbox"/> 特に制限はありません |
| ケア | 清潔 | | <input type="checkbox"/> 首から下のみシャワーができます <input type="checkbox"/> 手術後3日後からは洗顔もできます |
| | 看護 | <input type="checkbox"/> 手術2時間前から10分おきに点眼をします  | <input type="checkbox"/> 診察後から点眼が開始となります |
| 説明・指導 | <input type="checkbox"/> 手術前に看護師から説明があります | | <input type="checkbox"/> 点眼方法や退院後の生活について 看護師から説明があります |

*状況により予定が変更になることがあります

担当医 _____ 印

担当看護師 _____

上記内容について説明を受けました

(同意年月日 年 月 日) 本人・代理人 署名 _____ (続柄 _____)