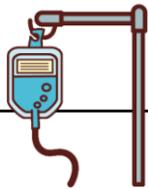


入院診療計画書・短期滞在手術同意書－白内障の手術を受けられる患者様へ－

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 _____)