

# 【 入院診療計画書

# 】 水晶体再建術を受ける方へ




ID

氏名

様

- 【 病名 : 白内障 】
- 【 特別な栄養管理の必要性 : あり なし ※当院では、管理栄養士による栄養評価を行い必要に応じて栄養指導させていただきます。
- 【 栄養計画 : 食ありの場合→院内約束食事箋に基づき適切な栄養管理に努めます。 食止めの場合→絶飲食の為の輸液管理を行い適切な栄養管理に努めます。
- 【 総合的機能評価 : あり なし ※総合的機能評価を行う場合の評価結果は別紙にてご説明させていただきます。

注:病名/入院期間等は、現時点で考えられるもので検査や治療、病態により変更となる場合があります。

経過	手術前日	当日手術前	当日手術後	手術翌日
日時	月 日( )	月 日( )		月 日( )
目標	<input type="checkbox"/> 入院・手術の流れが理解できる。 <input type="checkbox"/> 手術に対する不明点を尋ねることができる。 <input type="checkbox"/> 不安が最小限で、手術を受けることができる。		<b>☆ 退院目標 ☆</b> <input type="checkbox"/> 入院時の日常生活動作で退院できる。 <input type="checkbox"/> 痛みが、痛みの評価表(NRS)を用いて5以下でコントロールできる。 <input type="checkbox"/> 副作用の症状が無く、退院後の生活への不安が最小限である。	
食事	<input type="checkbox"/> 食事は来院時まで可能。飲水は手術開始1時間前まで可能。 (水・麦茶・アルジネードウォーター)		<input type="checkbox"/> 手術終了1時間後から飲食の制限はありません。	
検査	<input type="checkbox"/> 外来にて術前検査済みです。		<input type="checkbox"/> 必要に応じて適宜施行いたします。	
治療処置	<input type="checkbox"/> 手術に備えて禁煙しましょう。 	<input type="checkbox"/> 義歯・装飾品・湿布類・眼鏡・コンタクトレンズなどを外します。 <input type="checkbox"/> ご持参のパジャマまたはレンタルのパジャマに着替えます。 <input type="checkbox"/> 体温・血圧など測定します。 <input type="checkbox"/> 手術する部位にマークをつけます。 <input type="checkbox"/> 点滴の針を入れます。 <input type="checkbox"/> 手術開始1時間半前から点眼を開始します。 <input type="checkbox"/> 持参のマスク着用し手術用の帽子をかぶり、車椅子で手術室へ行きます。	<input type="checkbox"/> 点滴の針は、問題がなければ手術終了後抜きます。 <input type="checkbox"/> 車椅子で病室へ行きます。 <input type="checkbox"/> 体温・血圧など測定します。 <input type="checkbox"/> 手術をした眼はガーゼと当て金をします。 	<input type="checkbox"/> 体温・血圧など測定します。 <input type="checkbox"/> 退院前に診察があります。お時間になりましたらご案内します。 <input type="checkbox"/> 退院時、薬剤師より退院後の点眼の説明をします。
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません。		<input type="checkbox"/> 手術1時間後より安静度の制限はありません。 <input type="checkbox"/> 初回は看護師と一緒に歩行します。その後問題がなければ、お一人でご自由に歩行可能となります。	
説明指導	<input type="checkbox"/> 手術前日までに入院・手術のオリエンテーションをします。 <input type="checkbox"/> 基本は休薬の指示はありません。いつも通りお薬を飲んでください。 <input type="checkbox"/> 男性はひげを剃ってきて下さい。 <input type="checkbox"/> お化粧/マニキュア類はしないで下さい。 <input type="checkbox"/> 消毒薬でマスクが汚染される事があります、多めにご持参下さい。 <input type="checkbox"/> 散瞳する点眼をするため、歩行時にふらつきやすくなります。ご注意ください。必要時は看護師が付き添いますのでナースコールしてください。 <input type="checkbox"/> ご家族の方は日帰り手術センターの家族待合室でお待ちください。		<input type="checkbox"/> 眼が痛いときや気分が悪いときは、我慢せずにナースコールを押してください。 <input type="checkbox"/> 次回の外来予約は、退院時に予約票をお渡しますのでご確認ください。 <input type="checkbox"/> 眼の当て金とガーゼは医師の許可があるまではつけたままでいてください。 <input type="checkbox"/> 手術後、洗顔と入浴はできません。医師の許可があるまでは身体や頭を拭く程度にしてください。 <input type="checkbox"/> 退院会計は10時前後になります。病室でお待ち下さい。 	
上記、入院診療計画について十分な説明を受け上で同意いたします。			同意年月日	(西暦) 年 月 日
本人/親族 または代理人(続柄)		主治医	印	説明看護師