

眼科・斜視治療の患者さん (入院診療計画書)

患者ID: _____ 性別: _____ 生年月日: _____ 病棟: _____ 病室: _____
 患者氏名: _____ 病名: _____ 症状: _____

経過	入院日 手術前日	入院2日目 (/)		手術翌日 ~	退院日
	(/)	手術前	手術後	(/) ~	(/)
患者目標	入院し、手術の準備をします	手術前の準備をします	食事、トイレの時以外は、ベッドで仰向けで過ごします	下向き、うつ伏せは避けて過ごします	診察で問題がなければ退院できます
治療・処置	外来で血液検・胸部レントゲン 麻酔科診察 入院後午後から術前斜視検査 両目に1日5回抗生物質の点眼をします	()時坐薬を挿入します ()時お薬を飲みます	手術後、点滴をします。 食事が食べられたら点滴は抜きます	朝の診察後より、1日5回手術した目に点眼をします 抗生物質の飲み薬を服用します	手術した目に点眼をします
活動	病棟内は自由です	坐薬を挿入したら、またはお薬を飲みましたらベッド上にてください	食事の時は座ること、トイレの時だけ歩行できます 基本的には、ベッドで寝てみましょう 抱っこはベッドサイドでのみ可能です うつ伏せ、下向きは絶対に避けてください	朝の診察後より病棟内は自由ですが下向き、うつ伏せは避けてください	退院後1週間は激しい運動をしないでください
食事	お昼より 病院のお食事が食べられます	・午前手術の場合 8時までに病室へお越しください。 幼児～:0時以降食事禁です。 ()時()mlの水分が手術前最後になります。 乳児:ミルクは()時()mlまで、水分は()時()mlが手術前最後になります。	病室1時間後と2時間後にお茶や糖水を飲んで、吐かなければお食事が再開になります お子様の覚醒状況に合わせてすすめていきます お茶 時頃 ml ミルク 時頃 ml 食事 時頃	食事の制限はありません	食事の制限はありません 
清潔	お風呂に入れます 	・午後手術の場合 11時までに病室へお越しください。 幼児～:朝食は軽食になります。 ()時()mlの水分が手術前最後になります。 乳児:ミルクは()時()ml、水分は()時()mlが手術前最後になります。	お風呂に入れません	顔拭き、歯磨き、首から下のシャワーは可能です 洗顔は出来ません 顔を濡らさなければ、洗髪可能です	顔を濡らさなければ洗髪、シャワーは可能です 次回外来日までは洗顔はしないでください 手術眼は絶対に直接洗わないでください
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内、手術時間の説明をします <input type="checkbox"/> 準備して頂くもの ①前開きハンジャマ ②バスタオル ③オムツまたはパンツクリーンコットアイ <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性(有・無) <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性(有・無) <input type="checkbox"/> 手術同意書・麻酔承諾書を頂きます		<input type="checkbox"/> 手術の後、医師からお話があります <input type="checkbox"/> 手術した眼の眼帯を取ってしまわないよう、ご協力お願いします <input type="checkbox"/> 眼帯は、手術翌日の医師の診察時まで、とれません		<input type="checkbox"/> 眼科外来で術後検査と退院時の説明があります <input type="checkbox"/> 薬剤師より術後点眼と内服の説明があります <input type="checkbox"/> 次回、外来日をお知らせします

主担当医氏名: _____ 印 _____ 主担当医以外の担当者: _____

年 月 日 上記の説明を受けました。

患者・家族サイン: _____ (続柄)

メモ: _____