

斜視手術（金曜日入院）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: 斜視

症状: 斜視の症状を認めます

入院日:

経過	入院日	入院2 ～ 3日目（土曜日 ～ 日曜日）					
	1900/1/0	1900/1/1 ～ 1900/1/2					
患者目標	手術・治療・検査について理解し、指示を守ることができます		手術・治療・検査について理解し、指示を守ることができます				
治療・処置	・ 外来で血液検査・胸部レントゲン・麻酔科診察があります ・ 両目に抗生物質の点眼をします ・ 手術する目にマーキングします ・ 入院後午後から術前斜視検査があります		・ 抗生物質の点眼を1日5回します ・ 医師による眼科検査があります				
活動	病棟内は自由です		病棟内は自由です				
食事	お昼より病院のお食事が食べられます		食事の制限はありません				
清潔	シャワーに入れます		シャワーに入れます				
説明・指導	☐ 病棟の説明をします ☐ 手術同意書・麻酔同意書をいただきます ☐ 手術時間をお知らせします ☐ タブレット・スマートフォン・携帯ゲーム機の使用不可について説明いたします ☐ 身体抑制の必要性について説明いたします ☐ 内服薬があればお知らせください						
「栄養管理/褥瘡対策」要判断	☐ 特別な栄養管理の必要性	「手術/検査日程」要入力	実施有無:	有	日程:		
	☐ 瘡対策に関する計画の必要性		内容:	斜視手術			
メモ:	★前日までに手術同意書と麻酔承諾書を記入し、忘れず持参して下さい						
	★手術に必要なもの: 前開きパジャマ、バスタオル、おむつ(乳児の方)を持参してください。クリーンコットンアイを購入して下さい						

斜視手術（金曜日入院）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：斜視

症状：斜視の症状を認めます

入院日：

経過	手術日	
	1900/1/3	
	手術前	手術後
患者目標	手術前の準備をします	食事、トイレの時以外は、ベッド上で静かに過ごし、目を保護しましょう
治療・ 処置	・（ ）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を抜きます ・痛みがある場合は痛み止めを使用します
活動	坐薬を挿入またはお薬を飲んだ後は、ふらつくことがあります。 危ないのでベッド上で過ごして下さい。	・食事の時は座ること、トイレの時だけ歩行できます ・その他はベッドで安静に過ごしましょう ・抱っこはベッドサイドでのみ可能です ・うつ伏せ寝は避けてください ※お子さまの状況によっては、安全のため一時的に手が動かないように固定 させていただくことがあります
食事	幼児・学童の方： 朝食はありません （ ）時（ ）mlの水分が最後になります 乳児の方： ミルクは（ ）時（ ）mlまで、 水分は（ ）時（ ）mlが最後になります	・1時間後 お茶または水（ ）ml ・2時間後 お茶または水（ ）ml ・飲んで吐くことがなければ食事やミルクを開始します ・お子さんの覚醒状況を見て、看護師が確認し準備いたします
清潔		シャワー、体拭きはありません
説明・ 指導	☐ お時間までに病室にお越しください 午前、手術室に入室の方： 8時 午後、手術室に入室の方： 11時	☐ 手術の後、医師からお話があります ☐ 手術をした部位を手でこすったり、眼帯を取ったりしないようご協力をお願いします。 眼帯は、手術翌日の医師の診察後に外れます

斜視手術（金曜日入院）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：

斜視

症状：

斜視の症状を認めます

入院日：

経過	術後 1日目	術後 2日目（退院日）
	1900/1/4	1900/1/5
患者目標	・目を保護して過ごしましょう ・うつ伏せ寝は避けて過ごします	・目を保護して過ごしましょう ・退院後の生活の注意点を理解して退院します
治療・処置	・朝の診察後より、1日5回手術した目に点眼をします	・1日5回手術した目に点眼をします ・眼科外来で医師の診察と退院後の生活、次回外来日について説明があります
活動	・朝の診察後より病棟内は自由に過ごせます ・うつ伏せ寝は避けてください	・退院後1週間は激しい運動は控えてください ・プールは3週間は禁止です ・うつぶせ寝は避けてください
食事	食事の制限はありません	食事の制限はありません
清潔	・次回外来日まで洗顔はできません ・顔は手術をした部位をこすらないようにタオルで拭いてください ・首から下のシャワーができます ・洗髪は顔が濡れないように行ってください	
説明・指導	☐ 看護師から点眼のしかたを説明します	☐ 薬剤師から点眼と内服薬の説明があります ☐ 看護師から点眼のしかたを説明します

主担当医氏名： 印

主担当医以外の担当者：

注) 上記の内容・期間は現時点で考えられるものであり、今後状態の変化に応じて変わることが考えられます。

年

月

日

上記の説明を受けました。

患者・家族サイン：

(続柄)