

斜視手術（水曜日入院）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日目（手術前日）				
	1900/1/0	1900/1/1				
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 ☐ 瘡対策に関する計画の必要性	「手術/検査日程」要入力	実施有無:	有	日程:	
	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（水曜日入院）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	
	1900/1/2	
	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（水曜日入院）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	術後 3日目（退院日）
	1900/1/3	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、医師の診察があります ・診察後1日5回手術した目に点眼をします	・朝、医師の診察があります。 ・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	・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	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)