






白内障手術（患者さんに治療/検査の予定を理解していただく手助けとして）

患者氏名： _____ さん（ID： _____）

病名：右白内障

平成 年 月 日

経過・日時	入院日(手術前日) 月 日	手術当日		退院日(術後1日目) 月 日
		術前	術後	
診察・検査	<ul style="list-style-type: none"> ・毎朝、術前後とも主治医の診察があります(8西病棟:眼科診察室) ・毎週水・金の午後から診療科長の回診があります(8西病棟:眼科診察室) 			<ul style="list-style-type: none"> ・朝の診察後、2階眼科外来で術後検査があります
治療・処置		<ul style="list-style-type: none"> ・朝の診察時に、術目の確認のため額にシールを貼付します ・病院の新しいパジャマに着替えます 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術をした目に眼帯をします 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝の診察時に眼帯を外します
薬剤	<ul style="list-style-type: none"> ・他院または当院で処方されている内服、点眼、インスリンなどあれば申し出て下さい ・特に指示がなければ、いつも通り内服して下さい ・手術を予定している目に抗生剤の目薬を開始します ・必要な方には就寝前に安定剤をお配りします 	<ul style="list-style-type: none"> ・特に指示がなければ、いつも通り内服して下さい ・看護師が点滴用の血管確保をします ・手術の約1時間半前から看護師が瞳を開く目薬を開始します ・医師から指示のあった方は、手術の約30分前に安定剤の内服があります 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術中から抗生剤の点滴が入っています ・点滴終了後、看護師が針を抜きます 	<ul style="list-style-type: none"> ・抗生剤の内服が2日間あります  ・抗生剤、炎症止めの目薬をお渡しします 退院後も、医師の指示あるまで続けます 
安静度	<ul style="list-style-type: none"> ・特に制限はありませんが外出・外泊時はお申し出下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝の診察以外はお部屋で待機して下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・術後1時間、床上安静です ・安静解除後、病棟内は歩けます 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病などの方以外は特に制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝食後は、看護師の指示に従って下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・1時間後から食事ができます 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病などの方以外は特に制限はありません
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ・洗顔・洗髪・シャワーに特に制限はありません  ・清潔を維持して下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・金属類は外して下さい ・お化粧品はしないで下さい  	<ul style="list-style-type: none"> ・手術当日は、翌日の診察まで洗顔・洗髪・シャワー不可です 	<ul style="list-style-type: none"> ・洗顔・洗髪・シャワーができます ・洗顔の時は強く目をこすったり押さないようにして下さい 
患者さん及びご家族への説明指導	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師から入院生活・手術の説明があります ・医師から手術説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術日は多数の手術を行っております ・進行状況・病状により、手術開始時間と手術時間が前後することをご了承下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・気分不良、痛みが強い時は看護師に教えて下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の次回の外来は散瞳検査があります 瞳を目薬で開きますので、検査後数時間は一過性の視力低下感があります

注1: 病名等は現時点で考えられるものであり、今後検査をすすめていくにしたがって、変わる可能性もあります。

注2: 入院期間については現時点で考えられるものであり、今後の経過で変更となる可能性もあります。

注3: 追加処置・手術が必要となった場合もこの限りではありません。

主治医： _____ ⑩ 担当看護師： _____ ⑩

上記計画書について、十分説明を受けました。

患者署名： _____ 西神戸医療センター 眼科