







<白内障>

入院治療計画書 (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

経過・日時	入院日(手術前日)	手術当日		退院日(術後1日目)
		術前	術後	
		(右) 月 日		
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・金の朝、診療科長の回診があります(8西病棟:眼科診察室) 			・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継続します ・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 ・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"> ・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継続します 
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"> ・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"> ・食事可 	<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: _____ (印)

担当看護師: _____ (印)

上記計画書について、十分説明を受けました。

患者署名: _____

神戸市立西神戸医療センター 眼科