

【入院診療計画書】

病名: 右眼加齢性黄斑変性

ルセンチス硝子体注射(右眼)

0 殿 No.1

年月日	1月1日	
経過	入院日(治療前)	入院日(治療後)
患者様の目標	<ul style="list-style-type: none"> 治療の必要性を理解している 治療に対する不安があれば伝えることができる 準備が整い、治療に臨むことができる 	<ul style="list-style-type: none"> 痛みを伝えることができる
検査	<ul style="list-style-type: none"> 入院、治療前の検査が終了していることを確認します。 行っていない場合には追加して検査を行います。 	
治療処置 リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> 治療前に点滴の針を入れます。 治療する眼側 右 の手首にリストバンドをつけます。 治療する眼側の手背に『みぎ』と書いたシールを貼ります。 治療2時間前から15分毎と30分毎の点眼2種類を看護師が行います。 入院前の点眼薬は一時中止します。・リハビリの介入はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療終了後、点滴の針を抜きます
注射	<ul style="list-style-type: none"> 治療中に抗生物質の点滴をします 	
内服	<ul style="list-style-type: none"> 普段内服している薬を全て持参してください。 医師から指示が特別にない限り、持参の内服は全て継続となります。 入院前の点眼薬は指示まで中止します 	<ul style="list-style-type: none"> 治療後持参の内服は継続となります。
活動・安静度	<ul style="list-style-type: none"> 治療2時間前の点眼後は安静にし、トイレ時は看護師にお知らせください。病衣に着替え、車椅子で手術室に行きます。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療後1時間は安静にしてください。トイレのみ車椅子で行きます。安静後、制限はありません。
食事	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。入院前から食事制限がある方は看護師に申し出てください。 	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません
観察	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に体温、脈、血圧などを測ります。体調の変化がないか確認をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 眼の痛み、頭痛などがある場合は申し出てください
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> 入浴、洗顔はできません。顔を拭くタオルをお渡しします
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 治療前の点眼開始後は眼が見えにくくなるためトイレ時は看護師を呼んでください 	<ul style="list-style-type: none"> 眼帯に慣れ、歩行可能後にはとくに制限はありません
教育・指導・説明	<ul style="list-style-type: none"> 医師から治療の説明がされているか確認します。同意書の確認をさせていただきます。入院生活、入院診療計画書の説明があります。 診断書があるかたは早めにお申し出てください。 治療前の点眼開始後は眼が見えにくくなる(まぶしく見える)ためトイレ時は看護師を呼んでください。 お化粧品は全て落としてください。眼鏡・時計・アクセサリ・義歯・補聴器・ヘアピン・マニキュアは外してください。手術中貴重品は金庫に保管するか、家族のかたに預けてください。 治療中は動くことができません。痛みなどがあり伝えたい場合は体は動かさず、口で伝えてください。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療をした眼に眼帯がつきます 眼を強くこすることはできません 眼の痛み、頭痛などがある場合は看護師に伝えてください

特別な栄養管理
の必要性 有 無

年月日	1月2日	
経過	入院2日目(退院予定日)	
患者様の目標	・痛みがあれば伝えることができる ・点眼、内服方法、生活上の注意点を理解し退院することができる	
検査	・朝9時頃、眼科外来で診察があります。お呼びしますので病室でお待ち下さい。	
治療 処置 リハビリ		
注射		
内服	・抗生物質の飲み薬が3日間あります。 ・退院時、点眼の処方があります。内容と方法について説明します。	
活動・安静度	・制限はありません	
食事	・制限はありません	
観察	・眼の痛み、頭痛などがある場合は申し出てください。	
清潔	・首から下のシャワーは可能です。洗顔はできませんので顔を拭くタオルをお渡しします。	
排泄	・制限はありません	
教育・指導・説明	・医師から退院前に説明があります ・看護師から次回受診日、内服、点眼方法についての説明があります ・退院後の生活上の注意について説明があります ・退院時にリストバンドを外します	
退院後の治療計画 及び療養の留意点	・日常生活上、諸注意を守ってください ・主治医の指示に従い、点眼を続けてください	



※入院期間や病名など、治療計画については、現時点で考えられるものであり今後変更となることもあります。
ご不明な点はお気軽にスタッフにお尋ねください。

明治33年1月0日

主治医: _____ 氏名

担当看護師: _____

上記の治療・看護計画に同意します。

ご署名: _____