

【入院診療計画書】 病名: 結膜弛緩症

右眼の結膜嚢形成術

0 殿

年月日	1月1日	
経過	入院当日(手術前)	入院当日(手術後)
患者様の目標	<ul style="list-style-type: none"> 手術の必要性を理解している。 手術に対する不安があれば伝えることができる。 準備が整い、手術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。 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	<ul style="list-style-type: none"> 入院、手術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"> 手術前に点滴の針を入れます。 手術する眼側 右 の手首にリストバンドをつけます。 術眼側の手背に『みぎ』と書いたテープを貼ります。 手術2時間前から30分毎の点眼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"> 点滴の針を抜きます。 
注射	<ul style="list-style-type: none"> 手術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。医師からの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"> 医師からの指示がなければ、入院前の内服を継続してください。 抗生剤の内服が手術翌日から3日間あります。 点眼処方が2種類あります。術後点眼については翌日の診察時に説明がありま
活動・安静度	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後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。 1時間の安静後、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"> 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"> 制限はありません。洗顔は目の周りを強くこすらないようにしてください。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。
教育・指導・説明	<ul style="list-style-type: none"> 医師から手術の説明がされているか確認します。手術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。 お化粧品は全て落としてください。眼鏡・時計・アクセサリー・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"> 手術をした眼に眼帯をつけます。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。 看護師から次回受診日、内服、点眼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。
特別な栄養管理 の必要性	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
退院後の治療計画 及び療養の留意点	<ul style="list-style-type: none"> 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:

医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院