

入院診療計画書(右・左)眼の硝子体手術を受けられる方へ

日付: _____

病棟: _____

ID: _____

様 病名(主要病状等)^{(注)1} 糖尿病性網膜症、黄斑円孔、黄斑上皮膜、無水晶体眼

経過 ^{(注)2}	手術前日	手術当日	手術後(~ 日)	退院日(日)
月日	/ /	/ /	/ ~ /	/ /
診察		・毎朝9時頃に診察(回診)があります(看護師がお知らせします)		
薬剤(点眼)	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師が現在使用中のすべてのお薬を確認します ・術眼にレボフロキサシン点眼(1日4回)をします ・持参点眼薬は指示に従って使用して下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・レボフロキサシン(抗菌剤)点眼を昼までします ・手術前には看護師が持ってくる点眼薬を入室直前を含め 最低2回点眼します ・手術後当日は術眼への点眼はありません 	<ul style="list-style-type: none"> ・診察後に点眼を始めます ・レボフロキサシン(抗菌剤): 1日4回 ・ブロムフェナクNa(消炎剤): 1日2回 ・リンデロン(消炎剤): 1日4回 ・(持参点眼薬) 	<p>【退院の目安】 手術後の経過がよく合併症がなければ約1週間で退院です</p> <p>・眼内に空気やガスを入れる治療を受けた方は約1週間で退院になります</p>
(内服)	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬は内服します 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の薬など一部の薬は中止や変更になる場合があります ・10:30~薬剤師から点眼について説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬も内服します 	
処置		<ul style="list-style-type: none"> ・手術は()番目()時頃になります * 手術の進行上、多少時間が遅くなる場合があります ・手術中に抗生物質の点滴があります 手術後に点滴は抜きます ・術眼はガーゼ眼帯で保護されています 	<ul style="list-style-type: none"> ・診察時に術眼のガーゼ眼帯をはずします。 手術した眼を保護するためにプラスチック眼帯をつけて頂きます * 眼内に空気やガスを入れる治療の場合はガーゼ眼帯を続けます 	<p>・看護師より退院時の説明があります</p> <p>・入院診療費通知書を医事課の者がお持ちします</p> <p>・お帰りの際はネームバンドを外します</p>
検査			<ul style="list-style-type: none"> ・退院前日に視力、眼底検査があります 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・食事のかたさや飲みこみに不安がある方、食べ物のアレルギーがある方はお申し出ください 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術用の点眼を開始したら絶飲食です(: から水が飲めません) ・昼食は手術後に摂ります 		
安静度	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術後は歩けますが、なるべくベッド上安静です ・眼内に空気やガスを入れる治療を受けた場合には(うつぶせ、右を下に、左を下に)の体勢を取ってください 仰向けになれませんのでご注意ください 	<ul style="list-style-type: none"> ・(うつぶせ、右を下に、左を下に)の体勢は新たな指示があるまで日中・夜間ともに続けて下さい 点眼時のみ仰向けになれます ・手術後は眼を触ったり、圧迫しないよう気をつけて下さい 	
清潔		<ul style="list-style-type: none"> ・手術眼は絶対に濡らしてはいけません(手術後) ・朝・夕に洗面タオルをお持ちします 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝・夕に洗面タオルをお持ちします ・眼内に空気やガスを入れる治療を受けた方は、制限解除の指示があつてから入浴や洗髪が可能となります 	
患者さん及びご家族への説明	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医より手術について説明があります ・医療安全の為ネームバンドをつけます ・入院中何かわからないことがございましたら遠慮なくお尋ねください 	<ul style="list-style-type: none"> ・予定外のことが起こった時のみ、手術後の説明をする場合があります 	<ul style="list-style-type: none"> ・(制限解除後)点眼指導を始めます 	

(注)1 病名(主要症状等)などは、現時点で考えられるものであり、今後検査を進めていくにしたがって変わり得るものです

(注)2 退院予定時期については、現時点で予想されるものです。何か御不明な点がありましたら担当主治医もしくは看護師にお尋ねください

特別な栄養管理の必要性: 有・ 無

説明した日付: _____

(本人・家族): _____

(受け持ち看護師): _____

薬剤師:
栄養士:

(主治医)

印