







【入院診療計画書】

疾病名: 白内障 症状: 視覚障害 治療法: みぎ・ひだり 眼内レンズ挿入術 (1泊2日)

様 ( 号室)

日付	月 日( 曜日)				月 日( 曜日)
経過(病日)	入院・手術当日				術後1日目(退院)
	入院時	手術前	手術中	帰宅後	
達成目標	入院から退院までの経過がわかる	手術日程を理解でき、手術が受けられる	安全、安楽に手術が終了する	症状出現時には適切な対処が受けられる	退院時の指導内容がわかる
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>名前を確認しリストバンドを装着します</li> <li>入院生活・手術について説明があります</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術する眼を確認します</li> <li>入れ歯と補聴器は(術眼側の補聴器は外します)装着したまま入室できます</li> <li>手術時間は進行状況により変わることがあります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術中は頭を動かさないようにしてください</li> <li>楽な姿勢がとれるよう工夫します</li> <li>痛みがある場合はお話しください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>痛みがある場合はお話しください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>内服の説明、点眼・退院指導があります</li> </ul>
検査・治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>眼の検査をします</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>時間になったら車イスで手術室へ移動します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>心電図や血圧計をつけます</li> <li>体内の酸素濃度を測るモニターを指につけます</li> <li>5~10分ごとに血圧を測ります</li> <li>手術前に眼を消毒し、顔を布でおおいます</li> <li>麻酔の注射をして、手術が始まります</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>眼の診察をします</li> </ul> 
点眼		<ul style="list-style-type: none"> <li>手術の約2時間前から点眼を開始します</li> </ul> 		<ul style="list-style-type: none"> <li>帰宅後から点眼を開始します</li> </ul>	
内服・点滴	<ul style="list-style-type: none"> <li>いつも飲んでいる薬は継続して内服します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術の約45分前から点滴開始します</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>抗生剤の内服が開始となります(3日間)</li> </ul> 
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事は基礎疾患(糖尿病・高血圧など)によって治療食となることもあります</li> </ul> 				
生活・行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>歩行は自由です</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術2時間前から部屋で待機してください</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>歩行は自由です</li> </ul>	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>シャワー・入浴・洗髪ができません</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>シャワー・入浴・洗髪ができます</li> </ul> 
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>心配なことや不安なことは、いつでも相談して下さい</li> </ul> 				

注) 病名等は現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わることがあります。

注) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

注) 原本患者保管・自署以外のサインは印が必要です。

特別な栄養管理の必要性 ( 有 ・ 無 )

在宅復帰支援評価 無・有 ( )

総合的な機能評価 無・有 ( )

年 月 日

医師名

担当以外の担当者

本人・家族署名

在宅支援担当者

岩手医科大学附属内丸メディカルセンター

眼科