

みぎ・ひだり「白内障」入院診療計画書

眼科 _____ 様

ID: _____

病名: 白内障

| | 手術前日まで | / () 入院日は午前8時半～9時頃までに4階西病棟へ入院となります。 | | | 退院後の療養の注意点 |
|--------|--|---|--|---|---|
| | | 入院日・手術前 | 手術後 | 手術後1日目・退院 | |
| 検査 | 体調不良など、手術の予定変更は眼科外来に連絡をください。 大崎市民病院 0229-23-3311(15:00～16:30) | 手首にネームバンドをつけます。 手術する眼の眉の上に印のテープを貼ります 手術1時間前から点眼をします。 (出来る方は自分で点眼をお願いします。) | 手術した側の眼に眼帯をします。 翌日の診察まで外さないでください。 夕方、医師の診察があります。 | 8:30より眼科外来にて診察があります。 (看護師と一緒に外来へ行きます) 退院は午前中になります。 | <p>1. 日常生活の注意点</p> <p>《眼について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・眼をぶついたり、こすったりしないように気をつけてください。 <p>《食事について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特に制限はありません。 <p>1週間は飲酒を控えてください。</p> <p>《薬について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・点眼は指示通り行ってください。 ・点眼の間隔は5分以上あけてください。 <p>《入浴について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本日より入浴できます。 ・シャンプーは術後4日目からになります。 ・石けんなど眼に入らないよう気をつけて下さい。 ・洗顔はタオルを絞って拭きましょう。 <p>2. 以下の時は連絡、受診が必要です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・頭痛、吐き気、眼痛があるとき ・充血がひどい、ゴロゴロする、目やにがひどい時 ・高い熱が続く時 |
| 全身管理 | 風邪などひかないようにお気を付けください。 | 体温・脈拍・血圧を測定します。 (6時・14時・19時) | 手術後の眼痛、頭痛、吐き気がありましたら、お知らせ下さい。 | | |
| 内服 | 内服中のお薬がある場合は確認します。 薬手帳と3日分の薬を持参してください。 中止するお薬は基本的にありません。 使用中の点眼薬は医師の指示通りです。 | お薬、お薬手帳を持参し看護師に渡してください。 お薬は通常通り内服してください。 | 通常通り内服してください。 | 通常通り内服してください。 | |
| 注射 | | 点滴をします。 | 帰室1時間後、状態に変わりがなければ点滴を抜きます。 | | |
| 食事 | 食事の制限はありません。 | 食事は食べられます。 | 食事は食べられます。 | | |
| 安静度 | お車の運転はせずに、ご家族と来院してください。 | 手術室には歩いてまたは車いすで行きます。 | 手術後1時間はベッドで安静に 過ごしましょう 寝ている時は、 手術した眼を上にして 休んでください。 安静時でもトイレには歩いて行けます。 術後1時間経過し、状態が変わりが無ければ、病棟内歩行可能です。 |  退院おめでとうございます。 | |
| 清潔 | 手術前日は入浴、洗髪をして下さい。 爪を切り、ネイルなどはとってきてください。 | 手術日は 化粧をしないで 入院してください。 | 洗顔は出来ません。 タオルをお渡ししますので、使用してください。 | | |
| 指導・その他 | 入院に必要な物を説明します。 ①手術説明書、承諾書(2枚) ②保険証、受給者証 ③入院診療計画書 ④点眼薬(使用済みのガチフロ点眼) 手術3日前から手術する方の眼に点眼してください。 / ~ / (みぎ・ひだり)眼にガチフロ点眼薬 1日4回 朝・昼・夕・寝る前 手術当日の朝も点眼 をしてきてください。 使用した残りの点眼は手術翌日に回収 しますので、 ご持参ください。 | 手術承諾書・入院証書・病衣申込書を提出してください。 手術前、入れ歯、貴金属類は外し靴下は脱いでください。 (補聴器は使用可)  ご家族の方へ 手術中は病室でお待ちください。 ご都合の悪い方はお知らせください。 | 手術後、看護師より注意事項について説明があります。 薬剤師より退院後の点眼について説明があります。 看護師より退院後の生活について説明があります。 | 大崎市民病院0229-23-3311 平日8:30～17:00→眼科外来 診療時間外→救急外来 患者様のお名前、ID番号(患者番号)、症状、手術した月日、何の手術(検査)をしたか等詳しく教えてください。 | |

特別な栄養管理の必要性
有 無

担当医名 _____

担当看護師名 _____

患者様署名 _____

大崎市民病院 2023年 9月 改訂

注1 病名などは、現時点で考えられるものであり、今後検査をすすめて行くに従って変わります。
注2 入院期間については現時点で予想されるものです。