み　ぎ　・　ひ　だ　り　『 硝 子 体 手 術 3 泊 4 日 』　入　院　診　療　計　画　書

眼科＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ID:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	手　術　前　日　ま　で	／ 受付をせずに8時半まで直接眼科外来へきてください。 診察後、 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	術後1日目～2日目	術後3日目（退院日）	
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 （でき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、医師の回診があります。	眼科外来にて診察があります。 看護師が一緒に外来へいきます。 点眼が始まります。	眼科外来にて診察があります。 診察結果で退院が決定します。 退院は午前中になります。 	1．日常生活の注意点 〈眼について〉 ・眼をぶつけたり、こすったりしないように気をつけてください。 〈食事について〉 ・特に制限ありません。1週間は飲酒を控えてください。
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ください。	2～3日発熱することがあります。熱がある時は氷枕で冷やしましょう。		
内服	内服中の薬がある場合、確認します。 薬手帳とともに持参してください。中止する薬は基本的にありません。現在使用中の点眼薬は医師の指示通りです。	薬、お薬手帳を持参し、通常通り内服してください。インスリンを持参した方は看護師におしらせください。	通常通り内服してください。 	抗生剤の内服が始まります 		〈薬について〉 ・点眼は指示通りしてください。 ・点眼の間隔は5分以上あけてください。 〈入浴について〉 ・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ください。 ・洗顔はタオルを絞って拭きましょう。
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。		 退院おめでとうございます。	
食事	食事の制限はありません。 いつも通り食べてきてください。	食事は食べられます。	食事は食べられます。			
安静度	お車運転はせず、ご家族と来院してください。	手術室には歩いてまたは車椅子で行きます。	術後は手術室から車いすで戻ります。 術後1時間はベッド上で安静です。術当日はトイレまで歩行できます。医師の指示で術後の体位い指示がでるときがあります。（うつぶせ、右向き、左向きなど）	医師の許可があるまで決められた体位を継続しトイレ以外はベッド上安静です。 体位指示がない方は、病棟内歩行できます。		・石けんなど眼に入らないよう気をつけてください。 ・洗顔はタオルを絞って拭きましょう。
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ください。	手術日は化粧をしないで入院して下さい。	洗顔はできません。タオルをお渡ししますので使用してください。	朝はタオルで拭いてください。 術後1日目より首下シャワーができます。	退院後入浴できます。 術後4日目からシャンプーができます。	2．以下の時は連絡・受診が必要です。 ・頭痛、吐き気、眼痛があるとき ・充血がひどい、ゴロゴロする、目やにがひどいとき ・高い熱が続くとき
指導 その他	入院、手術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診療計画書 ④点眼薬（使用済みガチフロ点眼） 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下さい。 ご都合の悪い方はお知らせください。	歯磨き、ひげを剃る際は顔を極力動かさないようにしてください。 手術後、看護師より注意事項について説明があります。	歯磨き、ひげを剃る際は顔を極力動かさないようにしてください。	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。 手術した眼を保護するサングラスは2階のファミリーマートで販売しています。	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）をしたか等詳しくお話ししてください。

特別な栄養管理の必要性

有　・　無　　担当医師名　　担当看護師名　　（本人または家族）

＿＿＿＿＿＿＿＿

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いくに従って変わりえるものです。

注2　入院期間については現時点で予想されるものです。

大崎市民病院　眼科　　2026年　1月改訂