

# 硝子体手術(右・左) 入院診療計画書

傷病名①  傷病名②

症状  事前検査による異常所見  
 患部の自覚症状  
 (眼痛 眼の違和感)

予定入院期間:  入院病棟:

患者さんのお名前  担当医  副担当医  看護師  薬剤師  退院調整担当

日付	手術当日(術前)	手術当日(術後)	術後1日目	術後2日目(退院日)
患者さんの目標	不安なく手術を受けることができる	合併症がなく経過する。点眼方法が理解できる。		退院後の注意点がわかる
治療処置注射	手術前に点滴をします 手術2時間前より手術に必要な点眼を看護師が行います 	帰室後、点滴を抜きます 帰室2時間後から眼保護器から保護メガネに変更します(夜間も保護メガネ装着が必要) 手術2時間後から点眼開始	保護メガネを装着してください	退院後も点眼は指示回数を必ず行いましょう (【1日4回】の場合は毎食後と就寝前)
検査			8:30に眼科外来で診察があります	帰宅後、異常(眼痛・視力低下等)を感じたら早めに受診しましょう
食事	昼食は絶食です 手術2時間前より飲水禁止 	帰室後より飲水可能 帰室2時間後より食事可能	食事の制限はありません 	
清潔	入浴可能です 顔はよく洗いましょう 髭は剃りましょう 入浴できない方は体を拭きます	入浴・洗顔はできません 髭剃り、歯磨きもできません うがいは可能です	髭剃り、歯磨きができます 洗顔はできません、朝にホットタオルをお渡しします 	洗髪、洗顔は手術1週間後までできません
排泄	トイレへ行けます 術前にトイレを済ませてください	術後2時間はトイレへ行けませんが、付き添いが必要です	トイレへ行けます	
活動安静度	手術室へは車椅子で行きます (帰りも下向きで車椅子です)	術後2時間はベッド上安静 初回歩行は看護師が付き添い トイレ以外は安静 術後の体位指示がある場合は、トイレ・診察以外は指示の体位を保持	特に指示がない場合は院内自由です 【強膜内陥術の患者】 病棟内のみ歩行可、病棟外へは車椅子で移動 【ガス・オイル置換の患者】 トイレ・診察時以外は指示体位を保持、病棟外へは車椅子移動	スポーツ、仕事、運転については事前に主治医に相談してください 【ガス・オイル置換の患者】 ガスがなくなるまでは登山や飛行機の利用は避けましょう
説明指導	薬は指示に従ってのんでください、インスリンを使用の方は、手術前のインスリンが中止になることがあります  入れ歯・眼鏡・コンタクトレンズ・アクセサリは外してください、貴重品は金庫保管、または家族に預けてください	頭痛、眼痛、嘔気、気分不快などの症状があるときはお知らせください  【ガス置換の患者】 帰室して散瞳後、3時間うつ伏せ姿勢をとってください。その後の就寝時の体位は(右・左)向きです	インスリンや内服薬がある方は、今まで通り継続してください 点眼の練習をします(1日4回) 眼を強くこすったり圧迫しないように注意しましょう 保護メガネは退院後一週間はつけてください。その後も埃が立つ場所では保護メガネを装着してください 【ガス置換の患者】 8:30の眼科外来診察後、必ず2時間うつ伏せ姿勢をとってください(看護師より説明)	
栄養褥瘡自立度	<ul style="list-style-type: none"> <li>特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>褥瘡の有無 現在 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>過去 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>日常生活自立度 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>準寝たきり <input type="checkbox"/>寝たきり</li> </ul>	<b>■診療費概算(医事課)</b> ●1割負担で57,000円前後、2割負担で114,000円前後、3割負担で171,000円前後 ※上記はあくまでも概算となっておりますので、参考にしてください。 ●医療費が高額になった場合、「限度額適用認定証」をご利用いただくことで、窓口での支払負担が既定の金額で済みます。所得により限度額は異なりますので、ご加入の保険者で手続きされる際にご確認ください。 ※認定証は申請した月より適応となりますので手続きはお早目をお願いいたします。 ●福祉医療を受けておられる方は健康保険分の診療費はありません。 ●食事代は個人負担となります。(所得により負担額は異なります)		

上記のとおり説明を受けました 年 月 日

患者本人署名

親族または代理人署名

続柄



@PAT | ENT | DC032@PAT | ENTSELECTEDSECTIONCODE@SYSAT@SSTME831001 @USER | D@PAT | ENTWARCODE