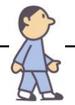
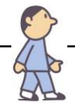
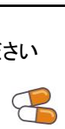
入院診療計画書

眼瞼下垂症手術を受けられる　（　　）様へ

病名　　年齢　　生年月日：　　薬　剤　師

症状　　受持看護師　　病棟　　管理栄養士

日付			
病日	入院日		退院日
	術前	術後	
目標	治療の流れについて理解できる 症状緩和のための適切な対処ができる		退院後の生活で気をつけることがわかる 傷の手入れ方法がわかり、自分でできる
食事	普通食が出ます 必要に応じて治療食が出ます   		
安静度	病棟内は自由です 病棟外に用事があるときは看護師に声をかけてください  		
清潔	シャワー浴ができます 	主治医の許可があるまでは、洗顔はできません 首から下はシャワー浴ができます  	
内服	これまで飲んでいたお薬は、中止の指示がなければいつもどおりお飲みください 中止の指示があったお薬は、再開の許可があるまでは飲まないでください  		
点滴 処置 治療	手術室で局所麻酔を行い、手術をします  点滴を行います（手術後は点滴はありません） 		退院前に創部の処置を行います 
説明 指導	入院生活について説明（オリエンテーション）があります 医師から手術について説明があります 		眼軟膏は、手をきれいに洗ってから、創部に塗ってください 退院後の注意点について説明があります 
その他	痛みがある場合は、痛み止めのお薬を飲んでいただいたり、必要に応じて注射をしたりします 痛みを感じたときは、遠慮せずに看護師にお知らせください 		

※上記内容は、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したがって変わることもありますのでご了承ください

※ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。

◇総合的な機能評価◇　☐ 評価対象外

・日常生活動作	☐ 問題なし	☐ 要経過観察
・認知機能	☐ 問題なし	☐ 要経過観察
・意欲	☐ 問題なし	☐ 要経過観察

※特別な栄養管理の必要性

☐ 有

■ 無

主治医　　印 又は署名

私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

　　年　　月　　日　患者又は親権者・親族等サイン　　（続柄　　）