

眼瞼下垂手術(右・左)

様

No.1

<症状説明>

あなたの病名は眼瞼下垂です。瞼の筋膜や皮膚が緩み見える範囲が狭くなる症状が出ています。

緩んだ組織を修復する手術を行います。

<退院基準>

- ・眼症状をおこなさない
- ・腫脹による視野障害がない
- ・処置につき理解し、自分で行うことができる






病棟: 棟 階

入院日: 月 日

主治医: _____

病棟責任者: _____

担当看護師: _____

	外 来	入院当日:手術前日(/)	手術当日(/)	手術翌日~退院後
検査・治療・処置	<input type="checkbox"/> 手術に向けての検査(心電図・胸部レントゲン・血液検査)をします。	<input type="checkbox"/> 医師の診察があります。	<input type="checkbox"/> 手術開始時間は(時 分)です	<input type="checkbox"/> 医師の診察があります。
薬剤	 <input type="checkbox"/> 普段内服しているお薬を確認させていただきます。	<input type="checkbox"/> 入院時、普段内服しているお薬を看護師、薬剤師共に確認します。	<input type="checkbox"/> 手術中に抗生剤の点滴をします。	<input type="checkbox"/> 抗菌薬(フロモックス)の飲み薬が開始されます。朝・昼・夕と毎食後内服して下さい。手術後3日間の内服となります。
安静度	<input type="checkbox"/> 病院内歩行できます。	<input type="checkbox"/> 病院内歩行できます。 <input type="checkbox"/> 入浴、洗髪等は特に制限はありません。	<input type="checkbox"/> 手術後は特に制限はありません。 入浴、シャワー浴、洗顔は禁止です。眠前に洗顔タオルをお渡しします。	<input type="checkbox"/> シャワー浴、洗顔、洗髪ができます。
排泄	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません。	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません。	<input type="checkbox"/> 手術前に排尿をすませて下さい。	
食事・栄養管理		<input type="checkbox"/> 食事は普通にできます。 <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理(有 / 無) 	<input type="checkbox"/> 手術予定時間より2時間前まで食事は可能です。 飲水は1時間前から控えて下さい。	<input type="checkbox"/> 普通に食事ができます。 
説明	 <input type="checkbox"/> 医師から手術の概要説明があります。その後手術承諾書をお渡ししますので承諾されたらサインして下さい。 <input type="checkbox"/> 入院申し込みを記入した上で入院の手続きをして下さい。 	<input type="checkbox"/> 入院に際して病院や病棟の構造や規約について説明します。 <input type="checkbox"/> 入院や手術のために必要な情報をお伺いします。 <input type="checkbox"/> 手術についての説明をします。 <input type="checkbox"/> 手術室の担当看護師が訪問して、手術について説明します。 <input type="checkbox"/> 入院時、体温、血圧、身長、体重等の測定をします。	<input type="checkbox"/> 手術の1時間前までには義歯、マニキュア指輪、イヤリングなどの貴金属をお取り下さい。 <input type="checkbox"/> 手術室には看護師が車椅子で案内します。 <input type="checkbox"/> 手術が終了すれば車椅子で看護師がお迎えに行きます。 <input type="checkbox"/> 創部の痛み、違和感、頭痛、むかつきなどがありましたら我慢せず看護師にお知らせ下さい。	<input type="checkbox"/> 自分で創部に軟膏が塗れるように練習をしていきます。 <input type="checkbox"/> 創部の抜糸は退院後8日目後となります。 <input type="checkbox"/> 痛みや出血等の症状が出現した際には、早めに受診して下さい。 □次回外来受診日 月 日() : ~ (外来予約券のお忘れがないようにして下さい。) お大事になさってください。

京都桂病院 形成外科 2011.11.18 Ver.1

上記の内容について説明を受け了解致しました。

患者氏名