

網膜下出血の治療を受けられる患者さんへ

患者ID  
氏名

担当医  
担当看護師  
配布日

|        | 入院:1病日<br>/                                                                                                                                   | 2病日<br>/                                                          |                                                                                                          | 3病日<br>/                                                                                                 | 4～5病日<br>/ ～ /    | 6病日:退院<br>/      | 【退院後の生活について】                                                                                                                                                                                          |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | 手術1日前                                                                                                                                         | 手術当日(手術前)                                                         | 手術当日(手術後)                                                                                                | 手術後1日目                                                                                                   | 手術後2～3日目          | 手術後4日目           |                                                                                                                                                                                                       |
| 達成目標   | ・手術の経過について理解できる                                                                                                                               |                                                                   | ・眼の痛みがない                                                                                                 | ・正しく点眼できる                                                                                                |                   | ・退院指導の内容を理解できる   | (感染予防について)<br>・点眼は指示通り行ってください<br>・目を清潔に保つため、埃や水が入らないよう就寝時以外は保護メガネを着用してください<br>・プールや温泉は、医師の許可があるまで禁止です                                                                                                 |
| 内服・外用薬 | ・薬剤師が、持参薬および服薬状況について確認します                                                                                                                     |                                                                   |                                                                                                          | ・点眼を開始します                                                                                                |                   |                  |                                                                                                                                                                                                       |
| 手術     |                                                                                                                                               | 手術                                                                |                                                                                                          |                                                                                                          |                   |                  |                                                                                                                                                                                                       |
| 注射     |                                                                                                                                               | ・点滴をします                                                           |                                                                                                          | ・医師の指示後、点滴を抜きます                                                                                          |                   |                  | (清潔について)<br>・目に水が入らないよう注意してください<br>・シャワー浴の際は、必ずアイパッチをつけてください。首からはシャワー浴ができます<br>・洗顔はできません。顔は拭くだけにしてください<br>・医師の許可があるまで自分で洗髪できませんので、だれかに介助してもらるか美容室等で行って下さい<br>・次回外来受診時に、洗顔や洗髪がいつから自分で行えるかを、医師に確認してください |
| 検査     | ・身長・体重測定<br>・超音波検査(目の検査)                                                                                                                      |                                                                   | ・眼科検査                                                                                                    | ・眼科検査(毎日)                                                                                                |                   | ・体重測定(退院日)       |                                                                                                                                                                                                       |
| 処置     |                                                                                                                                               |                                                                   | ・眼帯をつけます                                                                                                 |                                                                                                          | ・眼帯を外して保護メガネをつけます |                  |                                                                                                                                                                                                       |
| 食事     | ・制限はありません                                                                                                                                     | ・指示された時間からは、飲食できません                                               | ・医師の指示後、飲食ができます                                                                                          | ・制限はありません                                                                                                |                   |                  | (その他)<br>・就寝時の体勢は、医師の指示通りに継続してください<br><br>以下の症状があるときはご連絡ください<br>・目の痛み<br>・急な視力の低下<br><br>【緊急連絡先】<br>・平日時間内(8:30～17:00)<br>眼科外来 0985－85－9887<br>・土日・祝日、時間外<br>6階東病棟 0985－85－1797                       |
| 活動・安静  | ・制限はありません                                                                                                                                     |                                                                   | ・ベッド上で過ごしてください<br>・トイレには看護師介助で、車椅子で行きます<br><br>・体位制限がある場合は、お知らせします。うつ伏せの場合はうつ伏せ枕をお渡しします                  | ・トイレまでは歩けます。初めて歩くときは看護師が付き添いますので、ナースコールでお知らせください                                                         |                   | ・制限はありません        |                                                                                                                                                                                                       |
| 清潔     | ・シャワー浴をしてください                                                                                                                                 | ・シャワー浴はできません<br>・洗顔、歯磨きをしてください                                    | ・シャワー浴はできません<br>・洗顔はできません<br>・歯磨き、うがいはいけません                                                              | ・シャワー浴の際は、必ずアイパッチをつけてください。首からはシャワー浴ができます<br>・洗顔はできません。タオルをお渡ししますので、ご自分で拭いてください<br>・洗髪は、看護師または看護補助者が介助します |                   |                  |                                                                                                                                                                                                       |
| 説明     | ・医師が手術の説明をします<br>・手術後の安静について説明します<br><br>・入院オリエンテーションを行います<br>・患者用クリニカルパスを用いて、治療スケジュールについて説明します                                               |                                                                   |                                                                                                          | ・点眼の仕方について、看護師が説明します<br>・点眼の練習をします                                                                       |                   | ・退院後の生活について説明します |                                                                                                                                                                                                       |
| その他    | ・手術、麻酔の同意書は職員にお渡しください<br><br>・お化粧は落としてください<br>・補聴器を使用している方は、看護師にお知らせください<br>・入院中よりアイパッチと保護メガネを使用しますので、手術前に院内コンビニでご購入ください。保護メガネのサイズは看護師がお伝えします | ・手術衣に着替えます<br>・義歯や指輪、時計等は全て外し、各自保管してください。メガネと補聴器は必要時、手術室までつけていきます | ・手術した目を触らないでください<br>・眼帯により視野が狭くなっていますので、ベッドからの転落や歩行時の転倒に注意してください<br><br>・痛みがあれば鎮痛剤を使用しますので、我慢せずにお知らせください |                                                                                                          |                   |                  |                                                                                                                                                                                                       |

診療計画、入院期間は現時点での予定です。今後、状態の変化によって変更されることがあります。不明な点がありましたらいつでもお尋ねください。