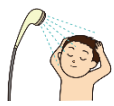


緑内障流出路再建術を受けられる患者さんへ

患者ID  
氏名

担当医  
担当看護師  
配布日

|                                                                                       | 入院:1病日                                                                                                       | 2病日                                                                                                                                            |                                                                                                                                                              | 3病日                                                                                                            | 4病日:退院            |                                                                                          | 【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日目            |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 達成目標                                                                                  | ・手術後の経過について理解できる                                                                                             |                                                                                                                                                | ・痛みによる苦痛がない                                                                                                                                                  | ・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>・プールや温泉は医師の許可があるまで禁止です<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(清潔について)<br>・目に水が入らないように、シャワー浴の際は、必ずアイパッチをつけてください。シャワー浴は首から下だけとなります<br>・洗顔はできませんので、顔は拭いてください<br>・医師の許可があるまで自分で洗髪できませんので、誰かに介助してもらう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できるかを、医師に確認してください(その他)<br>・就寝時の体勢は、医師の指示通り継続してください |
| 内服・外用薬                                                                                | ・薬剤師が持参薬及び服薬状況について確認します<br> |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                              | ・点眼を開始します<br>               |                   |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 手術                                                                                    |                                                                                                              | 手術<br>                                                      |                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                   |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 注射                                                                                    |                                                                                                              | ・点滴をします<br>                                                  | ・点滴を抜きます                                                                                                                                                     |                                                                                                                |                   |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 検査                                                                                    | ・身長・体重測定<br>                |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                              |                                                                                                                | ・体重測定             |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 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 |                                                                                          | 以下の症状があるときはご連絡ください<br>・強い目の痛み<br>・急な視力の低下                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 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                                                                                                      |                   |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 活動・安静                                                                                 | ・制限はありません                                                                                                    |                                                                                                                                                | ・トイレと診察室までは歩行できます<br>・トイレ以外はベッド上でお過ごしください<br>・医師の指示により、右向き禁止、左向き禁止、頭部挙上など、体位を制限する場合があります                                                                     |                                                                                                                | ・制限はありません         |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 清潔                                                                                    | ・シャワー浴をしてください<br>         | ・洗面、歯磨きを済ませてください                                                                                                                               | ・シャワー浴はできません<br>・洗顔もできません                                                                                                                                    | ・シャワー浴の際は、目に水が入らないように、必ずアイパッチをつけてください。シャワー浴は首から下だけにしてください<br>・洗顔はできません。タオルをお渡ししますので、ご自分で顔を拭いてください<br>・洗髪は介助します |                   | 【緊急連絡先】<br>・平日時間内(8:30～17:00)<br>眼科外来0985－85－9887<br><br>・土日・祝日、時間外<br>6階東病棟0985－85－1797 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 説明                                                                                    | ・入院オリエンテーションを行います<br>・医師が手術の説明をします<br>・本用紙を用いて、治療スケジュールについて説明します<br>・術前オリエンテーションを行います<br>・転倒・転落予防について説明します   |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                              | ・点眼の仕方について説明します<br>・退院後の生活について説明します                                                                            |                   |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| その他                                                                                   | ・同意書は職員にお渡しください<br>・お化粧は落としてください<br>・入院中より保護メガネとアイパッチを使用しますので、手術前に院内コンビニでご購入下さい。保護メガネのサイズは、看護師がお伝えます         | ・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<br>・貴重品は、ご自身又はご家族で管理してください<br>・ご家族は、6階デイルームで待機してください。場所を移動される時は必ず職員へお声掛けください | ・手術した目を触らないでください                                                                                                                                             |                                                                                                                |                   |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                              |                                                                                                                                                | ・痛みがあれば我慢せずにお知らせください<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ご注意ください<br> |                                                                                                                |                   |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|  |                                                                                                              |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                   |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

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。

