

黄斑円孔の手術を受けられる方へ 入院診療看護計画表(前日入院/5泊6日)

ID () 氏名 () 様 担当医 () () () () 担当看護師 ()

項目	入院当日	入院2日目		入院3日目	入院4日目	入院5日目	入院6日目(退院)	
	手術前日	手術前	手術後	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目	
目標	<input type="checkbox"/> 手術に対する不安を軽減し、準備を整える	<input type="checkbox"/> 安心して手術の準備をすすめることができる	<input type="checkbox"/> 嘔気がない <input type="checkbox"/> 嘔吐がない <input type="checkbox"/> 痛みがない <input type="checkbox"/> 目ヤニがない <input type="checkbox"/> 決められた指示を守る <input type="checkbox"/> 安静が守れている	<input type="checkbox"/> 眼の充血がない				<input type="checkbox"/> 自己点眼ができ、安心して退院できる
予定	<input type="checkbox"/> 抗生剤の目薬を1日4回さしてください	<input type="checkbox"/> 午前中、診察があります ※入院中の診察は眼科処置室にて行います <input type="checkbox"/> [右・左] 眼に抗生剤の目薬をさしてください (昼、夕、手術1時間前) <input type="checkbox"/> [] から看護師が処置用の目薬をさします <input type="checkbox"/> 手術室に行く30分前から点滴を始めます	<input type="checkbox"/> 手術終了後1時間は点滴をしています	<input type="checkbox"/> 朝の診察にてガーゼの交換をします <input type="checkbox"/> 看護師が目薬をさします (昼・夕・就寝前) <input type="checkbox"/> 朝より抗生剤を内服します(3日間)	<input type="checkbox"/> 朝食後、診察します ガーゼの交換をします ※診察用の目薬をお持ちください	<input type="checkbox"/> 朝食後、診察します ガーゼを取り、保護メガネをかけます ※保護メガネをお持ちください <input type="checkbox"/> 昼:看護師が目薬をさします ※夕方より看護師と一緒に練習を始めます <input type="checkbox"/> うつぶせを中止します (手術時間によって指示が異なります)	<input type="checkbox"/> 朝食後、診察します <input type="checkbox"/> 朝、目薬をさします	
食事	<input type="checkbox"/> 制限はありません	<input type="checkbox"/> 食事は手術の3時間前まで 水分は手術の2時間前まで摂ることが出来ます	<input type="checkbox"/> 水分は手術終了直後より、食事は手術後1時間後より取ることが出来ます (許可が出てからにしてください)	<input type="checkbox"/> 制限はありません				
活動	<input type="checkbox"/> 制限はありません		<input type="checkbox"/> 手術終了後よりうつぶせ位をします	<input type="checkbox"/> うつぶせ位をします (指示に従ってください) <input type="checkbox"/> 周囲に気をつけて歩きましょう		<input type="checkbox"/> 朝の診察後、指示があればうつぶせ位終了です (手術時間によって指示が異なります)		
清潔	<input type="checkbox"/> 制限はありません	<input type="checkbox"/> 朝、洗顔しましょう (できれば石けんをしましょう) <input type="checkbox"/> ひげ剃りをすませましょう <input type="checkbox"/> 手術着に着替えます	<input type="checkbox"/> 洗顔はできません <input type="checkbox"/> 歯磨きはできます	<input type="checkbox"/> 洗顔はできません おしぼりで拭きましょう <input type="checkbox"/> 入浴・シャワーはできません <input type="checkbox"/> 電気カミソリは使えます		<input type="checkbox"/> 首からは入浴・シャワーできます シャワーをするときは、保護メガネを外し、眼に水が入らないようにしましょう <input type="checkbox"/> 朝の診察後、シャンプーをします		
排泄	<input type="checkbox"/> 制限はありません	<input type="checkbox"/> 点滴開始前に排泄をすませましょう	<input type="checkbox"/> 制限はありません					
説明指導	<input type="checkbox"/> 担当看護師より病棟内や手術についての説明があります <input type="checkbox"/> うつぶせの仕方を説明します <input type="checkbox"/> 保護メガネのベルト合わせと使い方の説明があります <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ◆入院日にお持ちいただくもの◆ ・手術同意書など必要書類 ・術前用の点眼薬(抗生剤) ・いつも服用している内服薬や点眼薬 ・保護メガネ(売店で販売しています) </div>		<input type="checkbox"/> ガーゼ、当て金を取らないでください <input type="checkbox"/> うつぶせの仕方を説明します <input type="checkbox"/> 夜間ベッド柵の使い方を説明します	<input type="checkbox"/> 看護師が退院後からの自己点眼について、指導を行います <input type="checkbox"/> 薬剤師の服薬指導があります		<input type="checkbox"/> 看護師より退院指導があります <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>■退院指導■</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1日4回 目薬をさしてください ・眼をこすらず、押さえないでください ・ご自分での洗顔・洗髪・シャワーは手術後1週間たってからしてください ・水泳、園芸、農業などは術後3～4週間はしないでください ・最低一週間は保護メガネを24時間着用してください ・ガスがなくなるまでは飛行機には乗らないでください ・何かあれば早めに受診しましょう <p>● 月 日 () 時 分 ● 担当医 ()</p> </div>		

****目薬のさし方****

- ①手を十分に洗う
- ②上を向く
- ③人差し指で、アカンペーをする
- ④目薬の先が眼に触れないように1滴入れ、しばらくの間眼をつむる

この計画は現時点のもので、病状によって、治療・看護の内容を変更します。変更があれば、その都度説明させていただきます。不安なこと・心配なことがあればお申し出ください。