

## 緑内障（トラベクトミー）の手術を受けられる方へ 入院診療看護計画表 （1枚目）

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

| 項目         | 病日 | 入院1日目<br>手術当日                                                                                                                                                       |                                                                       | 入院2日目                                                                                                                                      | 入院3日目 | 入院4日目                      |
|------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------|
|            |    | 手術前                                                                                                                                                                 |                                                                       | 術後1日目                                                                                                                                      | 術後2日目 | 術後3日目                      |
|            |    | 手術後                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                            |       |                            |
|            |    |                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                            |       |                            |
| 目 標        |    | ・ 安心して手術の準備をすすめることができる                                                                                                                                              | ・ 術後の痛みが最小限となる                                                        | ・ 痛みが軽減し、眼の安静を保てる                                                                                                                          |       |                            |
| 予 定        |    | ・ 午前中に診察があります<br>※ 入院中の診察は眼科処置室で行います<br><br>・ [ 右 ・ 左 ] 眼に抗生剤の目薬をさします<br>[ 昼 ]と手術1時間前<br><br>・ [                    ]から看護師が処置用の目薬をさします<br><br>・ 手術室に行く30分前から点滴を始めます | ・ 手術終了後<br>1時間は点滴をしています                                               | ・ 朝の診察にてガーゼの交換があります<br>※ 術後用の目薬をお持ちください<br><br>・ 看護師が目薬をさします<br>(朝・昼・夕・寝る前)<br><br>・ 朝より抗生剤を内服します(3日間)                                     |       |                            |
| 食 事        |    | ・ 食事は手術の3時間前まで、<br>水分は手術の2時間前まで取ることができます                                                                                                                            | ・ 手術終了1時間後より、<br>水分・食事を取ることができます<br>(但し許可が出てからにしてください)                | ・ 制限はありません                                                                                                                                 |       |                            |
| 活 動        |    | ・ 制限はありません                                                                                                                                                          | ・ 手術後1時間はベッド上で<br>横になり安静にしてください                                       | ・ 周囲に気をつけて<br>歩きましょう                                                                                                                       |       |                            |
| 清 潔        |    | ・ 化粧水・乳液・クリーム等を塗られていたら、<br>洗顔して頂きます。<br><br>・ ひげそりをすませましょう                                                                                                          | ・ 洗顔はできません<br><br>・ 歯磨きはできます                                          | ・ 洗顔はできません<br>おしぼりで拭きましょう<br><br>・ 入浴・シャワーはできません<br><br>・ 電気カミソリは使えます                                                                      |       |                            |
| 排 泄        |    | ・ 制限はありません                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                            |       |                            |
| 説 明<br>指 導 |    | ・ 担当看護師より<br>病棟内や手術についての<br>説明があります                                                                                                                                 | ・ うつ伏せにならないでください<br><br>・ ガーゼ、当て金を取らないでください<br><br>・ 夜間ベッド柵の使い方を説明します | <div><p><b>**目薬のさし方**</b></p><p>①手を十分に洗う<br/>②上を向く<br/>③人差し指で、アカンペーをする<br/>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<br/>⑤こぼれた余分な目薬の液をふきとる</p></div> |       | ・ シャワー時の注意点について<br>説明があります |

この計画は現時点のものです。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。

緑内障（トラベクトミー）の手術を受けられる方へ 入院診療看護計画表 （2枚目）

ID（ ） 氏名（ ）様

| 項目 \ 病日    | ／（ ）                                                                                                                                                                              | ／（ ）                                                                                                                                                                                                                        | ／（ ）  | ／（ ）                                                                                                     |                                     |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|            | 入院5日目                                                                                                                                                                             | 入院6日目                                                                                                                                                                                                                       | 入院7日目 | 入院8日目(退院)                                                                                                |                                     |
|            | 術後4日目                                                                                                                                                                             | 術後5日目                                                                                                                                                                                                                       | 術後6日目 | 術後7日目                                                                                                    |                                     |
| 目 標        | ・ 痛みが軽減し、<br>眼の安静を保てる                                                                                                                                                             | ・ 自己点眼ができる                                                                                                                                                                                                                  |       | ・ 安心して退院できる                                                                                              |                                     |
| 予 定        | ・ 朝の診察にてガーゼをとり、保護メガネをかけます<br>※ 保護メガネをお持ちください<br><br>・ 看護師が目薬をさします<br>（朝・昼・夕・寝る前）                                                                                                  | ・ 朝、診察があります<br><br><br>・ 医師の指示があつてからご自身で目薬をさします                                                                                          |       |                                                                                                          |                                     |
| 食 事        | ・ 制限はありません<br>  |                                                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                          |                                     |
| 活 動        | ・ 周囲に気をつけて歩きましょう<br>                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                          |                                     |
| 清 潔        | ・ 洗顔はできません<br>おしぼりで拭きましょう<br><br><br>・ 首から下はシャワーができます<br>介助でシャンプー可能です<br><br>・ 電気カミソリは使えます     |                                                                                                                                                                                                                             |       | ・ 診察後、シャンプーをします<br> |                                     |
| 排 泄        | ・ 制限はありません                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                          |                                     |
| 説 明<br>指 導 | ・ 夜：目薬をさす時に指導も行います<br>（翌日からご自身でいただくため）<br><br>・ 薬剤師の服薬指導があります                                                                                                                     | <div>■退院指導■<br/>・1日4回 目薬をさしてください<br/>・眼をこすらず、押さえないでください<br/>・自分での洗顔・シャンプーは手術後2週間たってからしてください<br/>・水泳・園芸・農業などは担当医の許可がでてからにしてください<br/>・何かあれば早めに受診しましょう<br/><br/>● 月 日（ ） 時 分<br/>●担当医（ ）<br/>※予約が入っていますので診察券を忘れずにお持ちください</div> |       |                                                                                                          | ・ 看護師より退院指導があります<br>・ 薬剤師の服薬指導があります |

この計画は現時点のものです。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。