

クリニカルパス申請用紙(患者用)

白内障の手術 を受けられる患者様へ

患者名: _____ 担当医: _____

予定: 月 日 曜日 時 分～

* 時間の都合により前後することがあります

経過日数	入院日 (/)	当日 (/) 当日 (/)		後1日目 (/)	後2日目 (/)
		前	後		
達成目標	手術前の点眼が実施できる。	手術を受ける準備ができる。	術後の目の保護が出来る。 症状が報告できる	術後の自己点眼が行える。 退院後の注意点がわかる。	
食事	 食事制限はありません。				
安静・活動	制限はありません	制限はありません	手術後1時間はベッド上で安静にしてください。その後は安静の必要はありません	制限はありません。	
清潔	希望の方は入浴出来ます。		手術後より、 ・洗顔が出来ません ・髪を洗う事が出来ません	・朝は顔拭きタオルを渡します。 ・首からは入浴できます	
処方		術後の点眼薬を2種類渡します(抗炎症剤)		抗生剤の点眼薬が処方されます。(次の手術がある方のみ) 	
注射	注射はありません				
検体検査	採血はありません				
画像	画像検査はありません				
処置・説明	<ul style="list-style-type: none"> 入院オリエンテーションを行います。 入院療養計画書を渡します。 手術の同意書を確認します 手術のオリエンテーションを行います。 点眼の時間に声をかけます。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝、診察があります。 診察前に散瞳します。 薬剤師より点眼について説明があります。 手術の前にも散瞳します。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後から眼鏡をかけます。寝るときもかけます。 点眼の時間に声をかけます。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝、診察があります。 診察前に散瞳します。 退院後の日常生活について説明します。 次回受診のお知らせ 	
その他	清浄綿について。 眼鏡について。 普段より内服している薬を確認します。いつも通り内服して下さい。	手術室へは車椅子で行きます。 			