







患者氏名： _____ さま

病名/症状： 眼瞼下垂 _____

○上記パスの内容【入院診療計画書】に基づいた医療を行ないます。この説明用紙は入院時に必要になるため必ずご持参ください。【予定入院数 3日】

| 日付 | 入院日 月 日 | | 月 日 | | 退院日 月 日 | |
|---|--|---|---|--|---|--|
| 経過 | 手術前 | 手術後 | 手術後1日目 | | 手術後2日目 | |
| 検査 処置 手術 | <input type="checkbox"/> 手術入室は 時 分 <input type="checkbox"/> 手術入室はオンコールです  | 患部をアイスノンで冷やします | 午前中に医師の診察があります  | | 医師の診察後に退院となります | |
| 点滴 内服薬 | | 痛み止めの頓服が処方されます  | | | 退院時処方はありません | |
| 清潔 | | | 体を拭くタオルをお渡しします | | | |
| 排泄 | | | 6時から6時の24時間のお小水とお通じの回数を起床時にお聞きします | | | |
| 安静度 | 病棟内は自由です | 手術後1時間はベッド上安静です | 病棟内は自由です  | | | |
| 食事 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 昼食をお出しします 絶飲食はありません  | 夕食をお出しします | 手術後1日目、朝食から退院日朝食までお出しします  | |  | |
| 説明 指導 | 担当薬剤師が持参薬確認と処方薬の説明をいたします | | | |  | |
| その他 |  ご質問がある場合、心配なこと、痛みなどがあればお気軽にナースコールを押してください | | | | 外来予約票、退院処方、退院療養計画書をお渡しします | |
| 看護計画 | 入院生活を安全に過ごしていただくために、誤認防止、転倒・転落防止、感染症対策に努めていきます | | | | 説明した看護師 _____ 20 年 月 日 パス表に基づき、説明を受け承諾いたしました。 | |

○経過説明の内容は標準的なものであり、年齢、合併症により予定している治療内容や入院期間の変更が生じることがあります。

本人またはご家族： _____