**スケジュール表　（　　網膜剥離　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　　　）様**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 入院当日（　　／　　） | 手術前日（　　／　　） | 手術当日（　　　／　　　） | | 手術翌日～　５日目  （　　/　　～　　/　　） | 術後６日目～７日目  （　　/　　～　/　　） | 術後８日目  （　　/　　） |
| 手術2日前 | 手術前日 | 手術前 | 手術後 | 術後～抜糸まで | 抜糸～退院前日まで | 退院 |
| **治療** | 入院診療計画書をお渡します  夕方眼科外来で診察があります（車椅子でご案内します）  外来にて医師より手術についての説明がありました（同意書を提出してください） | 8時30分～９時の間に外来で診察があります  （車椅子でご案内します） | 外来での診察はありません | 医師による術後診察があります | 朝食後より抗生物質の内服が始まります（5日間）  8時30分～９時の間に外来で診察があります  201032%20診察車椅子で眼科外来までご案内します | | |
| **検査** |  |  |  |  |  | | |
| **安静度** | トイレ歩行のみ可能です | | トイレのみ歩行可能です  手術30分前に筋肉注射をした後はベッド上で安静にしておいてください  （筋肉注射をせず手術に行く場合があります） | 医師の指示により安静度を説明します  （仰向け・うつ伏せ） | トイレのみ歩行可能です  医師の許可があるまでは外来診察は車椅子でご案内します | 医師の指示により安静度の説明をします | 病院内歩行可能です | |
| **観察** | Q:\案内名人version3.0\0\200\208000\208021.JPG体温測定・血圧測定・視野狭窄　　　4228s | | 体温測定・血圧測定・視野狭窄 | 手術室より帰室後、体温・血圧・脈拍測定をし、痛み・出血の有無・頭痛・異物感  などの観察を行います | 体温・血圧・脈拍測定  痛み・出血の有無・頭痛・異物感などの観察を行います | | | |
| **清潔** | シャワーできます | | シャワーできません | | 3日目よりシャワーできます（介助洗髪可）　洗顔・洗髪は退院まで不可です | | |
| **排泄** | 通常通り | | 通常通り | 術後診察後トイレ歩行できます | 通常通り | | | |
| **食事** | 普通食です | | 麻酔科医師の指示により欠食となります  決められた時間まで水分をとることができます | 夕食は医師の指示で決まります | 通常通り | | | |
| **処置** | 手術する側の眼に15時・20時に点眼があります | 手術する側の眼に7時・11時・15時・20時に点眼があります | 手術する側の眼に7時に点眼があります  洗顔した後、手術着に着替えて頂き手術予定の1時間前から、手術する側の眼に看護師が点眼します  （1時間前・30分前・15分前）  手術予定の30分前に排尿を済ませて頂き筋肉注射をします  ストレッチャーで手術室に行きます  （手術前の筋肉注射がない場合は車椅子で行きます） | 点滴は終了後抜去します。 | 診察後（抜糸後）より点眼が開始になります |  |  | |
| **備考** | 入院中の生活について説明します  看護師より手術当日のスケジュールの説明があります  入院時リストバンドをつけます  薬剤師が手持ちの薬を調べます | 麻酔科医師の診察後、手術開始時間や手術当日の水分・食事について説明します | 更衣の際、以下の物はご家族に預かってもらって下さい  （眼鏡・入れ歯・時計・ネックレス・指輪・ヘアピンなど）  補聴器はご使用になれます  手術の間、家族の方は病室でお待ちください。 | 痛みのある方は我慢せず申し出て下さい  手術後は眼球保護と感染予防のため眼帯を装着します  手術側の眼をこすったり強く押さえたりしないで下さい | 手術後は眼球保護と感染予防のため眼帯を装着します  手術側の眼をこすったり強く押さえたりしないで下さい |  | ＜服薬指導＞  退院までに薬剤師が行います  ＜退院指導＞  外来で点眼や次の受診日などの説明がありますが、病棟でも再度説明します  退院時リストバンドをはずします  休祭日退院の患者様に限り、入院費用は振り込みとなりますのでご了承ください |

**＊スケジュールは変更される場合があります　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2021年12月1日改訂　徳島赤十字病院**

**上記説明を受け同意します。　　 　　年　　月　　日　患者様（側）署名　　　　　　　　　　　　説明看護師**