





上眼瞼下垂症・下眼瞼内反症 で手術を受けられる患者様へ（入院診療計画書）

形-7.06-1

患者ID _____ 氏名 _____ 様 病名：（両側・右側・左側）上眼瞼下垂症・下眼瞼内反症

症 状： _____ 年 月 日

入院病日・経過	手術当日 手術前 (/) 手術後 (/)		手術後1日目(退院予定) (/)	退院療養計画書	
				退院日(予定) 月 日	
目 標	【患者目標】1.疼痛増強時早期に対処され、緩和したことを表現する。2.異常が早期に発見され対処される。3.危険を回避し安全な日常生活を過ごすことができる。			退院後の治療計画	
食 事		 手術前時間によっては食事が制限されることがあります。		旭川赤十字病院形成外科外来にて抜糸を行います。	
活 動	車椅子、又は歩いて手術室に移動します。それまでに、排尿を済ませて下さい。臨時手術等により入室時刻が変更になることがあります。			退院後の療養上の留意点	
清 潔				必ず1日1回、顔を洗って下さい。（術後2日目より） ・洗髪も可能です。 ・創部（縫合部）を強くこすらないで下さい。	
内 服	お昼より 抗生剤の内服 が始まります。 	痛みが強いときは、鎮痛剤をお渡ししますので、スタッフにお知らせ下さい。		保険医療サービス又は福祉サービス	
処 置	アイスノンでクーリング			・特にありません。	
指 導・説明	手術後に眠れないようであれば、ご相談下さい。			その他	
備 考	車椅子に乗る時は、入れ歯・指輪などのアクセサリ・眼鏡は全てはずしていただきます。長い髪はまとめて下さい。			40歳以上の方は、別紙《総合機能評価表》を用いて総合的な機能評価を行う場合があります。 《クーリングについて》 ・手術後1日目まで冷やして下さい。2日目以降はご希望により適宜行なって下さい。 ・アイスノンが温かくなったら、交換してもらって下さい。（約3時間毎） ・トイレ、食事の際は冷やさなくて良いです。 ・消灯後は冷やさなくて良いです。 ・ガーゼは汚れたら交換しますので、スタッフにお知らせ下さい。   	
患者さまへ	*痛みは我慢しないで、看護師へお伝え下さい。 *何かご不自由に感じる事などは、ご遠慮なく看護師へ言って下さい。			 	

* 状態に応じて予定が変更となる場合があります。

主治医 _____

主治医以外の担当者 _____

看護師 _____

薬剤師 _____

栄養士 _____

旭川赤十字病院

7階みなみ入院フロア

本人署名 _____

代理人署名 _____

(患者との続柄： _____)

※患者の署名がある場合には家族などの署名は不要