

氏名 様

病 名：（両側・右側・左側）上眼瞼下垂症・下眼瞼内反症

年 月 日

| 日 時     | 月 日                                                                                                                                                 |                                                                                         | 月 日                                                                                                                                               |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 経 過     | 手術前                                                                                                                                                 | 手術後                                                                                     | 手術後1日目（退院予定）                                                                                                                                      |
| 目 標     | ・手術の必要性が理解できる。<br>・痛みが強いとき看護師に伝えることができる。<br>・医師の指示や安静度を守り、安全に入院生活を送ることができる。                                                                         |                                                                                         | 退院基準<br>・手術した部位の異常がない。<br>・退院後の留意点がかかる。                                                                                                           |
| 食 事     | ・手術の時間によっては食事の時間をずらしていただくことがあります。                                                                                                                   |                                                                                         |                                                                                                                                                   |
| 安 静 活 動 | ・車椅子、又は歩いて手術室へ行きます。手術室へ行く前にトイレをすませて下さい。<br>・臨時手術室等により手術時刻が変更になることがあります。                                                                             | ・トイレ、洗面以外は安静にしてください。                                                                    |                                                                                                                                                   |
| 清 潔     |                                                                                                                                                     | ・手術した部位を濡らさないようにして下さい。                                                                  | ・回診後から、洗顔・洗髪（シャワー浴）ができます。<br>・洗顔時にせっけんを使用し、手術した部位を優しく洗ってください。  |
| お 薬     | ・お昼から抗生剤の内服が始まります。                                                                                                                                  | ・痛みが強いときは、スタッフに申し出て下さい。<br>・痛み止めを使用できます。                                                |                                                                                                                                                   |
| 処 置     |                                                                                                                                                     | ・手術した部位をアイスノンで冷やします。<br>・アイスノンはぬるくなったら交換しますので、看護師にお知らせ下さい。<br>・トイレや食事時、消灯後は冷やさなくてもよいです。 |                                                                                                                                                   |
| 説 明     | ・手術室に向かう時は、入れ歯・指輪・カツラ・時計・コンタクトレンズ等全てはずしていただきます。<br>・髪の毛の長い方は束ねてもらいます。ヘアゴムを持参して下さい。                                                                  | ・手術した部位を圧迫したりこすったりしないで下さい。                                                              | ・医師の診察後、退院となります。<br>                                          |
| 備 考     | ・特別な栄養管理の必要性 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> ☆病状によっては、特別な栄養管理をする場合があります。<br>・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。 |                                                                                         |                                                                                                                                                   |

| 退 院 療 養 計 画 書                          |
|----------------------------------------|
| 退 院 日（予定）                              |
| 月 日                                    |
| 退院後の治療計画                               |
| ・形成外科外来にて抜糸を行います。                      |
| 退院後の療養上の留意点                            |
| ・手術した部位は強くこすらないで下さい。                   |
| 保険医療サービス又は福祉サービス                       |
| ・特にありません。                              |
| その他                                    |
| ・手術後2日目以降も、医師の指示で手術した部位を冷やして頂くことがあります。 |

\* 状態に応じて予定が変更となる場合があります。

主治医 印

主治医署名  
※主治医の押印がある場合は不要

主治医以外の担当者  
看護師  
薬剤師  
栄養士