












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 ( / )		手術後1日目(退院予定) ( / )	退院療養計画書	
	手術前	手術後		退院日(予定)	
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。			月 日	
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。		退院後の治療計画 ・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 ・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。	
清潔				首から下のシャワー浴可能です。 	
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 ・特にありません。	
処置	アイスノンでクーリング			その他	
指導・説明	手術後に眠れないようであれば、ご相談下さい。			医師から説明があります。 	
備考	特別な栄養管理の必要性 ○有・無	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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_