

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 (/)	手術後2日目～3日目 (退院予定)	退院療養計画書	
					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 ・抜糸前の方は、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。	
清潔			首から下のシャワー浴が可能です。	洗顔・洗髪が可能です。	・洗髪も可能です。 ・抜糸前の方は、創部（縫合部）を強くこすらないで下さい。	
内服	昼から化膿止めの薬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 _____