



白内障手術（日帰り）クリニカルパス

患者ID	患者氏名	生年月日	明治33年1月0日	病棟	病棟部屋	病名
目標	発熱がない。手術について理解ができる。	合併症の症状・所見がない。身体的準備ができています。	合併症の症状・所見がない。			
	手術前	術後	帰宅			
食事	食事：昼食無し 手術1時間前から絶食です。 飲水：お茶、お水可（コーヒー等不可）	術1時間後飲水テストを行います。嘔気、嘔吐がなければ飲水を開始し 問題なければ食事可です。	食事可			
安静度	制限ありません	手術室入室と帰宅時は車椅子での移動 術後1時間は、ベッド上安静です	院内フリー			
清潔	手術前に洗顔・髭剃りをすませておいてください。 化粧はしないでください。 手術着に着替えます	※術後3日間は洗顔・洗髪は禁止です。				
点 滴 内 服 処 置	<ul style="list-style-type: none"> PCR検査 手術室に入る直前に、点滴をします。 <p><術前点眼></p> <ul style="list-style-type: none"> ①クラビット（0.5%）は術前3日前から術眼に1日4回点眼 ②ネオシネジン（術前60分、40分） ③ミドリンP（術前45分、30分、15分） <ul style="list-style-type: none"> レボフロキサシン（1.5%）未開封1本、タリビット眼軟膏1本手術室へ持参（手術室で点眼） 	<p><術後点眼></p> <ul style="list-style-type: none"> ①レボフロキサシン（1.5%）、リンデロン（18：00と21：00）（手術した眼のみ点眼） ②プロムフェナク（21：00） <p>※点眼時間が重なる場合は、5～10分程間隔をあけて点眼してください。</p> <p>※レボフロキサシン残は、術後患者様へ返却します</p>	<p>リンデロン、プロムフェナクは退院時処方です。会計後薬局で受け取ってください。</p> <p><翌日からの点眼></p> <ul style="list-style-type: none"> ①レボフロキサシン、リンデロン 1日5回 約3時間おきで点眼 ②プロムフェナク 1日2回（朝・夕 点眼） 			
説 明 指 導	<ul style="list-style-type: none"> 朝 8時15分までには、受付をしてください。検査室にてPCR検査を行ないます。その後眼科外来にて診察と点眼を行ないます。 PCR検査の結果判明後 日帰り手術センターへ案内します。 手術同意書等書類を看護師にお渡しください。 現在、飲んでいる薬を看護師へお知らせ下さい。 貴重品は家族の方が保管して下さい。 	<p>手術が終わりましたら DS室へ帰室します。状態に問題なければ抜針し 会計後帰宅となります。レンズカードは眼科外来にてお渡します。</p> <p><日常生活の注意事項></p> <ul style="list-style-type: none"> 術後3日間は洗髪、洗顔は禁止です。蒸しタオルで優しく拭くのは大丈夫です。ご自身の洗髪は禁止ですが、美容室での洗髪は可能です。 手術当日～翌日まで車の運転は禁止です。ご家族の送迎か、公共交通機関のご利用をお願いします。 <p>※不明点などあればお気軽に担当スタッフへ質問してください。</p>		<p>翌日の外来</p> <p>※朝10時～10時30分までに総合受付で受付を行い、眼科外来へお越し下さい。</p> <p>翌日の眼科外来で診察、検査、保護眼帯とガーゼの除去を行ないます。</p> 		

・その他（看護、リハビリテーション、薬剤等の計画） 看護計画上記参照

処方薬（内服・注射）について、薬効の説明および効果や副作用のチェックを行います。

薬剤師署名： _____

注1) 病名は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わりうるものである。

注2) 入院期間については、現時点で予測されるものである。

注3) あなたは説明を受け、最終的な自己決定をする権利があります。また、他の医師の説明や意見を求める権利（セカンドオピニオン）もあります。上記計画を主治医または看護師より納得いくまで説明を受け内容を承知し同意します。

西暦 年 月 日







患者署名： _____

代理人署名： _____

主治医署名： _____

担当看護師署名： _____

白内障手術(1泊2日) ~入院治療計画書~

患者ID		患者氏名		生年月日	明治33年1月0日	病棟		病棟部屋		病名		
日付	(09/15)						(09/16)					
経過	術前(外来)			術後			術翌日・退院日					
目標	<ul style="list-style-type: none"> 発熱がない 手術について理解できる 			<ul style="list-style-type: none"> 合併症の症状・所見がない 身体的準備ができています 			<ul style="list-style-type: none"> 合併症の症状・所見がない 治療について理解できる 自己管理ができる 					
食事	食事：手術1時間前から絶食です。 飲水：お茶、お水可 (コーヒー等不可)			・術後1時間後 飲水テストを行ない 嘔気、嘔吐がなければ飲水開始。問題がなければ食事可能です。 			<ul style="list-style-type: none"> 食事可 					
安静度	<ul style="list-style-type: none"> 制限ありません 			手術室入室と帰室時は車椅子での移動 術後1時間は、ベッド上安静です 			<ul style="list-style-type: none"> 院内フリー 					
清潔	手術前に洗顔・髭剃りをすませておいてください。 化粧はしないでください。 手術着に着替えます。			※術後3日間は洗顔・洗髪は禁止です。								
点滴治療処置	 <ul style="list-style-type: none"> 手術室に入る前に、点眼・点眼を開始します <術前点眼> ①クラビット(0.5%)は術前3日前から術眼に1日5回点眼 ②ネオシネジン(術前60分、40分) ③ミドリンP(術前45分、30分、15分)			<術中点眼> 手術室で点眼1回あり <術後点眼> ①レボフロキサシン(1.5%)、リンデロン(18:00と21:00)(手術した眼のみ点眼) ②フロムフェナク(21:00) ※点眼時間が重なる場合は、5~10分程間隔をあけて点眼してください。			<ul style="list-style-type: none"> 朝7~8時頃病棟で診察を行いません。お部屋で待機しててください。 10~10時30分頃 眼科外来にて検査。問題がなければ退院となります。  <術後翌日の点眼> ・ミドリンP点眼の指示のある方は、点眼を行なってください。 レボフロキサシン(1.5%)、リンデロンは1日5回(約3時間おき)点眼 フロムフェナク 1日2回(朝・夕)点眼					
手術室持参	<ul style="list-style-type: none"> レボフロキサシン(1.5%)未開封 1本 タリビット眼軟膏 1本 			<ul style="list-style-type: none"> 1回目の点眼終了後にガーゼを除去します。保護めがね着用もしくは保護眼帯(金当て)を着用してください。 手術後は病棟へ案内します。状態に問題なければ点滴は終了です。 								
説明指導	 <ul style="list-style-type: none"> 総合受付から、日帰りセンターへ案内します。 日帰りセンターにて診察・点眼を行います 手術同意書書類を看護師にお渡しください。 現在、飲んでいる薬を看護師へお知らせ下さい 貴重品は家族の方が保管して下さい 			<術後> <ul style="list-style-type: none"> 痛みがあるときはカロナール(500)1包を内服してください。 			 <日常生活の注意事項> <ul style="list-style-type: none"> 術後3日間は洗髪、洗顔は禁止です。蒸しタオルで優しく拭くのは大丈夫です。ご自身での洗髪は禁止ですが、美容室での洗髪は可能です。 手術当日~翌日まで車の運転は禁止です。ご家族の送迎か、公共交通機関のご利用をお願いします。 退院時に、レンズカードをお渡しします。 ※不明な点などあればお気軽に担当スタッフへ質問してください 					

退院の流れ

①眼科での検査終了後に、会計を行ってください。

②会計終了後、病棟へ伝票をお持ちください。書類をお渡しします。退院は11時頃が目安です。

・特別な栄養管理の必要性： 有 無

・その他(看護、リハビリテーション、薬剤等の計画)： 看護計画上記参照

処方薬(内服・注射)について、薬効の説明および効果や副作用のチェックを行います。
 薬剤師署名： _____

注1) 病名は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わりうるものである。
 注2) 入院期間については、現時点で予測されるものである。
 注3) あなたは説明を受け、最終的な自己決定をする権利があります。また、他の医師の説明や意見を求める権利(セカンドオピニオン)もあります。上記計画を主治医または看護師より納得いくまで説明を受け内容を承知し同意します。

西暦 年 月 日

患者署名： _____

代理人署名： _____

主治医署名： _____

担当看護師署名： _____