






白内障手術 両眼 局所麻酔（患者用クリニカルパス） 入院年月日:20 年 月 日 退院年月日:20 年 月 日

患者氏名 _____ 様 主治医: _____

※状況により予定及び下記の分類が変更になる場合があります。ご了承ください。
今回の入院に関わる疾病分類は「水晶体再建術」です。

| | 入院前 | 入院日 術眼 右・左 手術日(/) | | 術後 1~3日目 | 術眼 右・左 手術日(/) | | 術後1日目~退院 |
|---------------|--|--|--|-------------------------------------|--|---|--|
| | 入院申し込み | 術前 | 術後 | / ~ | 術前 | 術後 | / ~ / |
| 検査・処置 | (局所麻酔の予定です) | 検温:入院時、搬入時 診察があります 糖尿病の方は 搬入時 血糖チェックをします | 検温:帰宅時、夕 術後保護板を 使用します | 診察があります | 検温:朝、搬入時 診察があります 糖尿病の方は 搬入時 血糖チェックをします | 検温: 帰宅時、夕 術後保護板を 使用します | 検温:1日1回 診察があります(または、病棟) 経過がよければ退院です |
| 薬 | 持参薬などの確認をします 入院時は、薬手帳や、薬剤情 報用紙を ご持参ください *ベガモックス 1日4回 ベガモックス以外の点眼薬は 入院前日まで行って下さい (明日以後ずっと中止) *手術しない側の点眼薬は 継続しましょう | ベガモックス点眼 (朝、午後手術は昼まで) *手術の1時間前から、時間毎 に術前点眼があります 入院後、抗菌薬を内服します |  | 術後点眼は、 別紙説明 抗菌薬は 継続します | ベガモックス点眼 (朝、午後手術は昼まで) *手術の1時間前から、時間 毎に術前点眼があります 朝、抗菌薬を内服します |  | 術後点眼 1日4回:術後点眼薬 *薬剤名、種類をご確認下さい *点眼は退院後も継続します 抗菌薬を内服します: 入院中は看護師が配薬します |
| 安静・排泄 | | 術前点眼(散瞳薬)開始後は、 必要時、看護師とともに 歩行してください | 手術直後は付添いで歩行します 視力が変化していますので、注意して移動して下さい | ナースコールでお知らせ下さい | |  | 制限はありません |
| 食 事 | | 術前2時間前より絶食、 少量飲水可 | 帰宅後摂取可 | | 術前2時間前より絶食、 少量飲水可 | 帰宅後摂取可 | |
| 清 潔 | 手術前日、シャワーか、 入浴をお願いします | 手術前に 石鹸で洗顔 | 術後は、 洗顔できません | | 手術前に 顔を拭きます | 術後は、 洗顔できません | 首下シャワー可・顔は拭くのみ (眼を押えないようにしましょう) |
| 患者・家族 への説明 | <患者支援センター> 今までの生活について伺いま す 不明な点は、患者支援セン ターにご連絡ください  | 手術予定時間 _____時 _____分頃 | 手術後の説明 眼帯の仕方や 安静について *術後、洗顔は 出来ません (眼は押えないよ うにして下さい) | 手術前日 手術室看護師 訪問 | 手術予定時間 _____時 _____分頃 |  | 退院日が決まりましたら 退院の説明をします 退院は10時までとなっています ・術後生活について ・点眼の説明を行います |
| 医 事 | 入院生活のご案内・入院予約 | 医事課スタッフが訪問し、医療費の支払いや手続き等、 不明な点やご質問がないか、声をおかけします | | | 医事に関するおたずねがある場合は、医事課 スタッフが説明します 看護師にお知らせ下さい | | 退院前日試算を行います 退院証明書をお渡します |