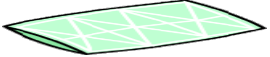


# 眼瞼下垂手術を受けられる( )さん

手術日: 月 日( )

| 日付   | /                                                                                            | /                                                                                 | /     | /                                                                                   | /                                                                                   |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|      | 入院日(手術日)                                                                                     | 術後1日目                                                                             | 術後2日目 | 術後3日目                                                                               | 術後4日目(退院日)                                                                          |
| 処方   | 飲んでいる内服薬があれば、飲んでもよいか、医師に確認します                                                                |                                                                                   |       |                                                                                     |                                                                                     |
|      | お薬が開始になります  | ⇒                                                                                 | ⇒     | ⇒                                                                                   |                                                                                     |
| 処置   | 傷を冷やします                                                                                      | ⇒                                                                                 |       |                                                                                     | 抜糸します                                                                               |
|      |             |                                                                                   |       |                                                                                     |  |
| 検体検査 |                                                                                              |                                                                                   |       |                                                                                     |                                                                                     |
| 食事   | 制限はありません                                                                                     | ⇒                                                                                 | ⇒     | ⇒                                                                                   | ⇒                                                                                   |
|      |             |                                                                                   |       |                                                                                     |                                                                                     |
| 清潔   |                                                                                              | 入浴ができないため、体を拭きます                                                                  | ⇒     | 医師に確認し、入浴可能となります                                                                    | ⇒                                                                                   |
|      |                                                                                              |  |       |  |                                                                                     |
| 体動   | 制限はありませんが、見えにくいので、動く時は呼んでください                                                                | ⇒                                                                                 | ⇒     | ⇒                                                                                   | ⇒                                                                                   |
|      |           |                                                                                   |       |                                                                                     |                                                                                     |
|      | 看護師から入院時の説明があります                                                                             |                                                                                   |       | 退院日が決まります                                                                           | 看護師から退院の説明があります                                                                     |
|      | 症状があれば我慢せずに知らせてください                                                                          |                                                                                   |       | 退院の準備をしましょう                                                                         | 次回受診日の説明をします                                                                        |
|      |           |                                                                                   |       | 退院について心配なことがあれば教えてください                                                              | 退院について心配なことがあれば教えてください                                                              |

主治医:

説明看護師: