

ID	<<SYPID>>	患者氏名	<<ORIBP_KANJI>> 様
----	-----------	------	-------------------

眼瞼下垂症手術を受けられる方へ

この計画書は診療の概要を記したものであり、状況に応じて変更することがあります。 ※何かご不明な点があったら、担当医又は看護師にお尋ねください。

年月日	平成30年1月1日	1月2日	1月3日
経過	手術前日	手術当日	退院日(手術1日後)
達成目標	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などが落ち着いている <input type="checkbox"/> 治療計画が理解できる <input type="checkbox"/> 麻酔について理解できる <input type="checkbox"/> シャワー浴ができる	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などが落ち着いている <input type="checkbox"/> 傷口の痛みや出血がない <input type="checkbox"/> 食欲があり、食事が食べられる <input type="checkbox"/> 手術経過に問題がない	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などが落ち着いている <input type="checkbox"/> 傷口の痛みや出血がない <input type="checkbox"/> 食欲があり、食事が食べられる <input type="checkbox"/> 手術経過に問題がない <input type="checkbox"/> 日常生活の注意点について理解できる
検査 治療 処置			<input type="checkbox"/> ガーゼ交換を行います 
内服薬 注射		<input type="checkbox"/> 抗生剤の点滴を行います 	
活動 安静度	<input type="checkbox"/> 自由です	<input type="checkbox"/> ふらつきなければ歩行できます	<input type="checkbox"/> 自由です
食事	<input type="checkbox"/> 食事は普段と同じです 特に制限はありません 	<input type="checkbox"/> 食事は普段と同じです 特に制限はありません 	<input type="checkbox"/> 食事は普段と同じです 特に制限はありません 
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴をしてください 	<input type="checkbox"/> 手術当日はシャワー禁止です 	<input type="checkbox"/> 首から下はシャワーしてください 
排泄	<input type="checkbox"/> トイレを使用してください	<input type="checkbox"/> トイレを使用してください	<input type="checkbox"/> トイレを使用してください
指導 説明 書類	<input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> ネームバンド装着 <input type="checkbox"/> 医師より手術説明 <input type="checkbox"/> 術前オリエンテーション <input type="checkbox"/> 入院診療計画書 <input type="checkbox"/> 手術同意書 <input type="checkbox"/> 病衣使用許可	【連絡先】 徳島大学病院:088-631-3111 代表番号になっていますので、退院後は下記へお知らせください 形成外科外来:088-633-7047	<input type="checkbox"/> 診察券をお返しします <input type="checkbox"/> 次回予約票、退院証明書をお渡しします <input type="checkbox"/> 退院指導を行います  【退院基準】 創部の状態が良好であり、外来通院可能と判断されたとき 【退院後の治療計画】 外来通院による処置の継続 【指導・退院後の生活について】 「形成外科の手術を受けられた患者様へ」参照
	リハビリ ・その他		