

# 眼科手術(日帰り)を受ける方へ(右・左)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

	申込日	面談日(月 日)	手術当日(前)(月 日)	手術当日(後)	手術翌日(月 日)
検査 治療 処置	<input type="checkbox"/> 手術に向けての眼の検査、 心電図、血液の検査が あります。		<input type="checkbox"/> 手術開始時間と来院していただく時間を 手術予定の前の週の木曜日に連絡させて 頂ます。 <input type="checkbox"/> 体温、脈拍、血圧を測定します。	<input type="checkbox"/> 痛みや気分が悪いなどの症状があれば、看護 師に伝えてください。	<input type="checkbox"/> 9時か9時30分に眼科外来に お越しください。(受けつけが必要です)
薬剤	<input type="checkbox"/> 眼科や眼科以外の病気で、 普段内服しているお薬を 確認させていただきます。	3日前から手術前日まで1日3回 レボフロキサシンを点眼して下さい。 別紙 「眼科の外来手術を受けられる方へ」 ※レボフロキサシン点眼について※ を参照してください。	<input type="checkbox"/> 手術前の点眼薬をします。(15分間隔で4~8回)  	<input type="checkbox"/> 点眼薬が処方されます。 点眼薬は手術翌日の受診後より開始です。(受診 時に持参してください。)	<input type="checkbox"/> 診察後から2~4種類の点眼薬が開始され ます。(別紙点眼表の方法と回数を参照 してください。診察後すぐに開始します。 点眼薬3種類を持参してください。)
安静度 清潔		<input type="checkbox"/> 手術前日に入浴や洗髪を 済ませてください。	<input type="checkbox"/> 手術中は会話はできません。痛いや気分が 悪いなど不快な症状がありましたら、声に して表現してください。急に、体を動かすと 危険なことがあります。	<input type="checkbox"/> 入浴やシャワー、洗顔ができません。ガーゼを 濡らさないようにタオルでふく程度にしてくだ さい。	<input type="checkbox"/> 首からはシャワーができます。 ・洗顔:術後7日目から可能です ・洗髪:1人での洗髪は術後7日目から です。
説明  		<input type="checkbox"/> 医師から手術の概要の説明 があります。ご家族と一緒に 来院してください。 別紙「面談予約」にて日時を 確認し来院して下さい <input type="checkbox"/> 手術の同意書をお渡しします。 署名をして手術の当日に持参 してください。	<input type="checkbox"/> 車を運転しての来院は危険です しないでください。 <input type="checkbox"/> 手術前に外していただくもの等の 注意事項があります。 別紙「外来手術を受けられる方へ」を 確認して頂き事前準備をお願いします。 <input type="checkbox"/> 点眼薬の説明をさせていただきます。 別紙「点眼表」をお渡しします。 <input type="checkbox"/> 持参していただくもの。 ①手術同意書	<input type="checkbox"/> 手術後は眼帯をつけます。翌日の診察までは 外さないで下さい。 <input type="checkbox"/> 当日術後の詳細についてはもう一度ご説明します	