



硝子体手術を受ける患者様へ

「患者様用クリニカルパス説明用紙」

ID _____ 氏名 _____ 様 入院期間 _____ ~ _____

日付	/	/		/	/	/
入院日数	入院前	入院1日目		入院2日目	入院3日目	入院4日目
イベント		手術当日(術前)	手術当日(術後)	手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目
目標	<input type="checkbox"/> 不安なく手術を受けることができる	<input type="checkbox"/> 不安なく手術を受けることができる	<input type="checkbox"/> 術後に痛みが無い	<input type="checkbox"/> 痛みが無い <input type="checkbox"/> 感染しない	<input type="checkbox"/> 痛みが無い <input type="checkbox"/> 感染しない	<input type="checkbox"/> 痛みが無い <input type="checkbox"/> 感染しない
治療 処置 点滴		<input type="checkbox"/> 散瞳点眼を10時30分ごろより開始します <input type="checkbox"/> 散瞳点眼は手術まで1時間毎に行います <input type="checkbox"/> 手術前に点滴の針を挿入します	<input type="checkbox"/> 手術後は、手術した目に保護ガーゼが当たります <input type="checkbox"/> 痛みがある際は、医師の指示より痛み止めを使用します	<input type="checkbox"/> 保護ガーゼを外した後は、保護メガネを付けてください <input type="checkbox"/> 医師の許可が出れば、点滴の針を抜きます <input type="checkbox"/> 痛みがある際は、医師の指示より痛み止めを使用します	<input type="checkbox"/> 保護メガネを付けてください <input type="checkbox"/> 痛みがある際は、医師の指示より痛み止めを使用します	<input type="checkbox"/> 保護メガネを付けてください <input type="checkbox"/> 痛みがある際は、医師の指示より痛み止めを使用します
お薬	<input type="checkbox"/> 感染予防のため手術3日前から入院当日の朝まで、抗菌点眼薬を使用してください	<input type="checkbox"/> 普段使用している内服薬は、医師の指示通り飲んでください <input type="checkbox"/> 手術する目の点眼は中止です <input type="checkbox"/> 手術しない目の点眼は続けてください		<input type="checkbox"/> 朝7時頃に3種類の術後点眼について説明を行います <input type="checkbox"/> 普段使用している内服薬は、医師の指示通り飲んで下さい <input type="checkbox"/> 普段使用している点眼薬は、医師の指示通り使用してください	<input type="checkbox"/> 3種類の術後点眼を継続してください <input type="checkbox"/> 普段使用している内服薬は、医師の指示通り飲んで下さい <input type="checkbox"/> 普段使用している点眼薬は、医師の指示通り使用してください	<input type="checkbox"/> 3種類の術後点眼を継続してください <input type="checkbox"/> 普段使用している内服薬は、医師の指示通り飲んで下さい <input type="checkbox"/> 普段使用している点眼薬は、医師の指示通り使用してください
検査	<input type="checkbox"/> 眼科外来にて、各種検査を行います	<input type="checkbox"/> 症状なければ特に予定ありません <input type="checkbox"/> 糖尿病がある方は低血糖症状を見て適宜血糖測定を行います	<input type="checkbox"/> 症状なければ特に予定ありません	<input type="checkbox"/> 8時45分頃より、眼科外来で診察です <input type="checkbox"/> 午後、追加で診察となる場合があります	<input type="checkbox"/> 8時45分頃より、眼科外来で診察です <input type="checkbox"/> 午後、追加で診察となる場合があります	<input type="checkbox"/> 8時45分頃より、眼科外来で診察です <input type="checkbox"/> 午後、追加で診察となる場合があります
活動	<input type="checkbox"/> 特に制限ありません	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません <input type="checkbox"/> 手術室には車いすで移動します	<input type="checkbox"/> 術後30分ベッド上安静にして頂きます <input type="checkbox"/> 安静期間が過ぎれば特に制限ありません <input type="checkbox"/> 医師指示によっては、下を向いて過ごしていただきます	<input type="checkbox"/> 特に制限ありません <input type="checkbox"/> 医師指示によっては、下を向いて過ごしていただきます	<input type="checkbox"/> 特に制限ありません <input type="checkbox"/> 医師指示によっては、下を向いて過ごしていただきます	<input type="checkbox"/> 特に制限ありません <input type="checkbox"/> 医師指示によっては、下を向いて過ごしていただきます
食事	<input type="checkbox"/> 特に制限ありません	<input type="checkbox"/> 医師の指示通りの食事が出ます	<input type="checkbox"/> 医師の指示通りの食事が出ます	<input type="checkbox"/> 医師の指示通りの食事が出ます	<input type="checkbox"/> 医師の指示通りの食事が出ます	<input type="checkbox"/> 医師の指示通りの食事が出ます
清潔	<input type="checkbox"/> 普段通り入浴してください <input type="checkbox"/> 入院当日の朝は、顔をしっかり洗って来ててください	<input type="checkbox"/> 手術の服に着替えます	<input type="checkbox"/> 安静期間が過ぎれば手術の服から着替えます <input type="checkbox"/> 洗髪・洗顔は行えません <input type="checkbox"/> 入浴は出来ません	<input type="checkbox"/> 洗髪・洗顔は行えません <input type="checkbox"/> 入浴は出来ません 	<input type="checkbox"/> 洗髪・洗顔は行えません <input type="checkbox"/> 入浴は出来ません	<input type="checkbox"/> 洗髪・洗顔は行えません <input type="checkbox"/> 首から下の入浴は退院後すぐから可能です
排泄	<input type="checkbox"/> 特に制限ありません	<input type="checkbox"/> 特に制限ありません <input type="checkbox"/> 手術前にトイレを済ませてください	<input type="checkbox"/> 特に制限ありません	<input type="checkbox"/> 特に制限ありません	<input type="checkbox"/> 特に制限ありません	<input type="checkbox"/> 特に制限ありません
説明	<input type="checkbox"/> 入院及び手術の書類を準備してください <input type="checkbox"/> アレルギー等は事前にお知らせください <input type="checkbox"/> お薬手帳と普段のお薬は入院期間分及び、予備として3日分多く準備して下さい <input type="checkbox"/> 入院当日に、保護メガネを購入します <input type="checkbox"/> 入院当日は、自動車や自転車などの乗り物を運転して来院しないでください	<input type="checkbox"/> 入院の説明を行います <input type="checkbox"/> 手術・麻酔の説明書を確認します <input type="checkbox"/> 術前オリエンテーションを行います <input type="checkbox"/> 化粧や貴金属を取ってください <input type="checkbox"/> 補聴器は装着したままでもかまいません(ただし術側の補聴器は外します)	<input type="checkbox"/> 手術した目の保護ガーゼは、翌日まで外さないようお願いします <input type="checkbox"/> 手術をした目を素手で触らないようにしてください <input type="checkbox"/> 痛みがある際は、すぐに看護師に報告してください	<input type="checkbox"/> 痛みがある際は、すぐに看護師に報告してください <input type="checkbox"/> 診察の際、普段使用している点眼薬について医師より指示あります	<input type="checkbox"/> 痛みがある際は、すぐに看護師に報告してください	<input type="checkbox"/> 診察後、退院許可であれば退院となります <input type="checkbox"/> 看護師より退院指導があります <input type="checkbox"/> 退院後も次回受診まで保護メガネを使用してください <input type="checkbox"/> 次回予約票をお渡しします <input type="checkbox"/> 請求書は総合受付でお渡しします、退院時総合受付にお越しください <input type="checkbox"/> 退院後の不安等あれば相談してください

【自己負担概算】

3割負担 → 約18万円
2割負担 → 約12万円
1割負担 → 約6万円

- ★ 食事代・部屋代は別途かかります(部屋代は個室の場合のみ)
- ★ 高額医療制度を使用すると窓口での支払額がお安くなる可能性があります
- ★ マイナナンバーカードを使用して頂くと手続きがスムーズになります