

硝子体ガス注入（右眼局所麻酔）患者さんパスシート（No.1）

| | | | | | |
|----|--|--------|----|---|---|
| 氏名 | | 診療科名 | 眼科 | | |
| | | 入院予定期間 | 年 | 月 | 日 |
| | | 5日間 | 年 | 月 | 日 |

| | |
|------|--|
| 月日 | / |
| 経過 | 入院日（手術前日） |
| 達成目標 | <ul style="list-style-type: none"> ● 入院・手術について理解しましょう ● 転倒予防について理解しましょう |
| 治療 | <ul style="list-style-type: none"> ● 午後から診察があります |
| 薬 | <ul style="list-style-type: none"> ● 持参薬は全て看護師にて一度預かります ● 持参薬は薬剤師の確認が終了し医師からの指示が出次第内服します（中止となる薬もありますのでその際は看護師または薬剤師より説明します） |
| 観察 | <ul style="list-style-type: none"> ● 体温・脈拍・血圧を測定します |
| 活動 | <ul style="list-style-type: none"> ● 病院内でしたら普段通りで構いません ● 病棟を30分以上離れる場合は看護師へお知らせください |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ● 制限はありません |
| 清潔 | <ul style="list-style-type: none"> ● 入浴は可能です（予約方法は病棟にて説明があります） |
| 説明指導 | <ul style="list-style-type: none"> ● 入院生活、手術について説明をします ● 点眼方法について点眼表を用いて説明します ● 手術を施行する側の手に医師がマジックで印を行います ● 転倒転落の注意点について説明します ● うつぶせ寝についての説明を致します |

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

硝子体ガス注入（右眼局所麻酔）患者さんパスシート（No.2）

| | | | | | |
|----|--|--------|----|---|---|
| 氏名 | | 診療科名 | 眼科 | | |
| | | 入院予定期間 | 年 | 月 | 日 |
| | | 5日間 | 年 | 月 | 日 |

| | |
|------|---|
| 月日 | / |
| 経過 | 入院2日目（手術当日） |
| 達成目標 | <ul style="list-style-type: none"> ● 手術前の点眼を行いましょう ● 転倒予防について理解しまししょう ● 手術について理解しまししょう |
| 薬 | <ul style="list-style-type: none"> ● 看護師が説明し手術 2 時間前から点眼を始めます ● 持参薬はいつも通り内服してください |
| 観察 | <ul style="list-style-type: none"> ● 看護師が瞳孔の開き具合を確認させていただきます ● 看護師が点眼を行えているか確認させていただきます ● 手術前に体温・脈拍・血圧を測定します |
| 活動 | <ul style="list-style-type: none"> ● 手術前なのでお部屋でお待ち下さい |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ● 制限はありません |
| 清潔 | <ul style="list-style-type: none"> ● 点眼の前に手を洗いましょう ● 洗面は普段どおり行いましょう |
| 説明指導 | <ul style="list-style-type: none"> ● 手術 2 時間前から点眼表を用いて点眼を確実に行います ● 手術に行く時は、メガネ・時計・ネックレスは外してください（義歯・補聴器は装着したままで結構です） ● 手術時間が決まりましたら看護師よりお伝えします ● 手術時は顔を動かさないの何かあれば言葉もしくは手で合図をしてください ● 何かあれば手術室の看護師へ遠慮なくお知らせください |

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

硝子体ガス注入（右眼局所麻酔）患者さんパスシート（No.3）

| | | | | | |
|----|--|--------|----|---|---|
| 氏名 | | 診療科名 | 眼科 | | |
| | | 入院予定期間 | 年 | 月 | 日 |
| | | 5日間 | 年 | 月 | 日 |

| | |
|------|---|
| 月日 | / |
| 経過 | 入院2日目（手術後） |
| 達成目標 | <ul style="list-style-type: none"> ● 手術後、安静に過ごしましょう ● 症状出現時は看護師へ訴えましょう ● 転倒予防について理解しましょう |
| 治療 | <ul style="list-style-type: none"> ● 術後眼帯を装着して部屋に帰ってきます。ご自身では外さないようにしましょう ● 眼圧が高い場合は内服や点滴が始まります |
| 薬 | <ul style="list-style-type: none"> ● 特にありません |
| 観察 | <ul style="list-style-type: none"> ● 医師の指示により、ベッド上安静となり、酸素吸入終了後よりうつ伏せ寝を行います ● 強い痛み・吐き気・頭痛がありましたら、看護師へお知らせください |
| 活動 | <ul style="list-style-type: none"> ● 手術後3時間はトイレ以外はベッド上で安静に過ごしてください ● 手術後よりうつ伏せ寝を行います ● 眼帯使用中は遠近感が変化し、転倒の危険が高まりますので、注意しましょう |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ● 制限はありません |
| 清潔 | <ul style="list-style-type: none"> ● 手術後、洗顔や化粧は出来ません ● 洗面の際は看護師がタオルをお配り致します ● 目に触らないようにしてください |
| 説明指導 | <ul style="list-style-type: none"> ● 手術後の生活、注意点について説明します ● 眼帯使用中は遠近感が変化し、転倒の危険が高まりますので、転倒に注意して下さい ● ふらつきを自覚されましたら看護師が付き添いますので、ナースコールでお知らせ下さい ● 眼帯は看護師にて外しますのでご自身では外さないようにし、テープが外れた場合は看護師にお知らせください |

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

硝子体ガス注入（右眼局所麻酔）患者さんパスシート（No.4）

| | | | | | |
|----|--|--------|----|---|---|
| 氏名 | | 診療科名 | 眼科 | | |
| | | 入院予定期間 | 年 | 月 | 日 |
| | | 5日間 | 年 | 月 | 日 |

| | |
|------|--|
| 月日 | / |
| 経過 | 入院3日目（術後1日目） |
| 達成目標 | <ul style="list-style-type: none"> ● 点眼を指示通りに行いましょう ● 日常生活の注意点について理解しましょう ● 症状出現時は看護師に訴えましょう ● 転倒転落に注意し生活しましょう ● うつ伏せ寝を行いましょう |
| 治療 | <ul style="list-style-type: none"> ● 朝に診察があります ● 医師・看護師が眼帯を外します |
| 薬 | <ul style="list-style-type: none"> ● 朝の診察後、看護師が説明してから手術後の点眼表に従って点眼を始めます ● 持参薬はいつも通りに飲みましょう |
| 観察 | <ul style="list-style-type: none"> ● 強い痛み・吐き気・頭痛がありましたら、看護師へお知らせください ● 体温・脈拍・血圧を測定します |
| 活動 | <ul style="list-style-type: none"> ● うつ伏せ寝を行います |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ● 制限はありません |
| 清潔 | <ul style="list-style-type: none"> ● 点眼を行う前に手を洗いましょう ● 洗顔・化粧は出来ません（朝看護師がタオルを配ります） ● 顔を濡らさないようにし、タオルで拭く際も眼に触れないようにしましょう ● 首から下はシャワーが浴びられます ● 洗髪を希望されるかたは看護師が上向きで行います |
| 説明指導 | <ul style="list-style-type: none"> ● 強い痛み・吐き気・頭痛がありましたら、看護師へお知らせ下さい ● ふらつきを自覚されましたら看護師が付き添いますのでナースコールでお知らせください ● 眼の安静を保つよう心掛けましょう（異物や水の混入、こするとといった行為は避けてください） ● 転倒転落に注意し生活しましょう ● 点眼方法について説明します |

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。
 なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

硝子体ガス注入（右眼局所麻酔）患者さんパスシート（No.5）

| | | | | | |
|----|--|--------|----|---|---|
| 氏名 | | 診療科名 | 眼科 | | |
| | | 入院予定期間 | 年 | 月 | 日 |
| | | 5日間 | 年 | 月 | 日 |

| | |
|------|--|
| 月日 | / |
| 経過 | 入院4日目（術後2日目） |
| 達成目標 | <ul style="list-style-type: none"> ● 点眼を指示通りに行いましょう ● 日常生活の注意点について理解しましょう ● 症状出現時は看護師に訴えましょう ● 転倒転落に注意し生活しましょう ● うつ伏せ寝を行いましょう |
| 治療 | <ul style="list-style-type: none"> ● 朝に診察があります |
| 薬 | <ul style="list-style-type: none"> ● 点眼表に従って点眼を行います ● 持参薬はいつも通りに飲みましょう |
| 観察 | <ul style="list-style-type: none"> ● 強い痛み・吐き気・頭痛がありましたら、看護師へお知らせください ● 体温・脈拍・血圧を測定します |
| 活動 | <ul style="list-style-type: none"> ● うつ伏せ寝を行います |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ● 制限はありません |
| 清潔 | <ul style="list-style-type: none"> ● 点眼を行う前に手を洗いましょう ● 洗顔・化粧は出来ません（朝看護師がタオルを配ります） ● 顔を濡らさないようにし、タオルで拭く際も眼に触れないようにしましょう ● 首から下はシャワーが浴びられます ● 洗髪を希望されるかたは看護師が上向きで行います |
| 説明指導 | <ul style="list-style-type: none"> ● 眼に異物を入れたり、こすったりしないように注意してください ● 1人での歩行にふらつきを感じ不安に思う場合は、引き続き看護師が付き添いますので、ナースコールでお知らせください |

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

硝子体ガス注入（右眼局所麻酔）患者さんパスシート（No.6）

| | | | | | |
|----|--|--------|----|---|---|
| 氏名 | | 診療科名 | 眼科 | | |
| | | 入院予定期間 | 年 | 月 | 日 |
| | | 5日間 | 年 | 月 | 日 |

| | |
|------|--|
| 月日 | / |
| 経過 | 入院5日目（退院予定日/術後3日目） |
| 達成目標 | <ul style="list-style-type: none"> ● 点眼を指示通りに行いましょう ● 日常生活の注意点について理解しましょう ● 症状出現時は看護師に訴えましょう ● 転倒転落に注意し生活しましょう ● うつ伏せ寝を行いましょう ● 退院後の生活について不明な点・不安な点があれば質問しましょう |
| 治療 | <ul style="list-style-type: none"> ● 朝の診察で医師が退院の最終確認をします |
| 薬 | <ul style="list-style-type: none"> ● 点眼表に従って点眼を行います ● 持参薬はいつも通りに飲みましょう ● 必要に応じて退院処方をお渡し致します |
| 観察 | <ul style="list-style-type: none"> ● 強い痛み・吐き気・頭痛がありましたら、看護師へお知らせください ● 体温・脈拍・血圧を測定します |
| 活動 | <ul style="list-style-type: none"> ● うつ伏せ寝を行います |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ● 制限はありません |
| 清潔 | <ul style="list-style-type: none"> ● 点眼を行う前に手を洗いましょう ● 退院予定日（術後4日目）から医師の許可が出れば洗顔ができます。それまでは水が眼に触れないようにして下さい |
| 説明指導 | <ul style="list-style-type: none"> ● 眼の安静を保つよう心掛けましょう（異物や水の混入、こするといった行為は避けてください） ● 転倒転落に注意し生活しましょう ● 点眼方法について説明します ● 退院後の外来診察日について説明します |

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

退院後の生活について

| | |
|----------|--|
| 食事 | <ul style="list-style-type: none">● いつも通りの食事で構いません |
| 内服 | <ul style="list-style-type: none">● 点眼表に沿って点眼を行いましょう● 場合によって退院処方が処方されます● 用法用量を守って正しく内服しましょう |
| 感染予防 | <ul style="list-style-type: none">● 眼をこすらないよう生活しましょう● 点眼前は必ず手洗いを行ってから実施しましょう |
| 入浴 | <ul style="list-style-type: none">● 退院前に医師の指示があれば洗顔、入浴は可能になります |
| 運動 | <ul style="list-style-type: none">● 日常の散歩程度は可能です● それ以外の運動は次回外来受診の際に担当医に確認してから行いましょう |
| 旅行 外出 | <ul style="list-style-type: none">● 飛行機に乗る際は、担当医に確認しましょう● 車やバイク、自転車等の運転は担当医に確認しましょう |
| 嗜好品 | <ul style="list-style-type: none">● 制限はありません |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none">● 制限はありません |
| 注意事項 | <ul style="list-style-type: none">● うつ伏せ寝は医師の指示があるまで続けてください● 目の痛み、突然のかすみ、頭痛、目やにが増える、目をぶつけた、異物が目に入り取れないなどの症状があった際は外来にご連絡ください● 視力が安定するまで約1ヶ月程かかります。それまではお手持ちの眼鏡をお使い下さい● 細かい作業やテレビ、読書は疲れない程度にしてください● 保険などの書類は退院日に退院日に文書受付窓口に提出してください（ただし文書受付は日曜・祝日は受付できません） |

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

日本医科大学付属病院 2024年11月改定

うつ伏せ寝とは・・・

手術の際、眼の内側から網膜を抑えるためにオイルや特別なガスを注入した場合、手術後からうつ伏せ寝を行っていただきます。

顔を下に向けることが目的ですので、うつ伏せ寝でベッドに寝てもらいか、椅子またはベッドに座り、テーブルを使ってうつむくこととなります。

ベッド上でうつ伏せ寝を行う場合は、眼を圧迫しないよう専用の枕を使います。



食事や排泄、点眼時を除いて、出来るだけうつ伏せ寝の姿勢を行いましょう。

うつ伏せ寝を行うことで肩や腰など筋肉痛が出てくる場合があります。その際は、枕やテーブルの高さの調整をいたします。うつ伏せ寝の期間中ずっと同じ姿勢を続けると大変辛いので、ベッドに横になる方法と座る方法を使い分ける方が良いでしょう。

昼間座って過ごす、夜間に入眠しやすいです。

その他にも身体症状が出てきた場合、我慢せず看護師にご相談ください。

硝子体ガス注入

号室

様

手術当日 (/) 点眼表

| 右眼 | : | : | : | : |
|--------|---|---|---|---|
| ミドリンP | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ガチフロ | ○ | | | |
| ネオシネジン | ○ | ○ | ○ | ○ |

※手術予定時間の2時間前から点眼を開始します。

※点眼を行う時間は当日看護師が記載します。

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。
なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

硝子体ガス注入

号室

様

手術翌日（ / ）から 点眼表

※手術翌日は医師や看護師の指示があつてから点眼を開始してください。

| 右眼 | 朝 | 昼 | 夕 | 寝る前 |
|-------|---|---|---|-----|
| ガチフロ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| リンデロン | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ブロナック | ○ | | ○ | |

※目薬と目薬の間は5分以上空けてください。

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。
なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。