

# 睡眠時無呼吸症候群 フルポリ検査 入院診療計画書

病棟： 階

診療科：内科

患者様氏名：

ID：

主治医署名：

印

病名：

症状：






主治医以外の担当者：

手術内容：

推定入院期間： 2日間

特別な栄養管理の必要性：有 ・ 無

説明日/説明立ち会い者： 月 日/

経過	外来～入院前日	入院当日 ( )		入院翌日 ( )
		午後から	消灯前	
目標		検査が安全・安楽に受けることができる。		
説明指導	<p>「終夜睡眠フルポリ検査を受けられる方へ」をご参照ください。</p> 	16時に一旦入院していただきます。その後、外出される場合は、20時までに帰院してください。	20時頃検査技師による装着機器の説明があり、そのまま装着させていただきます。	
検査		 21時から検査開始です。就寝中、機器の装着具合を時々確認させていただきます。		起床後（5時頃）に機器を取り外します。看護師が伺う前に目覚めた場合は、お知らせください。
内服		 元々眠剤を服用されている方は、その薬を服用してください。 ※万が一、寝付けない場合は、頓服の眠剤がありますので、お申し付けください。		
安静度		自由です。 ※一旦外出可能です。 19時30分までにはお戻りください。		
排泄			機器があり、不便なときには介助させていただきます。	
食事		 予約がある方は、夕食が18時です。		予約がある方は、朝食が8時です。
看護計画		症状の観察をさせていただき、異常の早期発見に努めます。		
在宅復帰支援計画		必要に応じて支援させていただきます。(在宅復帰支援担当者： )		
その他		リハビリは必要ありませんが、看護師とともに日常生活動作を通して身体機能の維持を図ります。		

注1) この計画書は現時点で考えられるものであり、病状や検査等を進めていくにしたがって今後変わり得るものです。その際には、再度ご説明いたします。

注2) 患者様には、治療法を選択する権利があります。セカンドオピニオン(他の医療機関の意見)をお聞きになりたい場合は、遠慮なく申し出て下さい。

入院にあたり、病状、治療計画の説明を受け、了承しましたので治療内容に同意します。

同意年月日

年 月 日

患者氏名

説明を聞いた親族等の氏名