

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： 呼吸器内科

患者様氏名：	ID：	主治医署名：	印
病名： 睡眠時無呼吸症候群	症状：	主治医以外の担当者：	
手術内容： 予定なし	推定入院期間： 2日間	特別な栄養管理の必要性： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	説明日/説明立ち会い者： 月 日/

●承諾書を入院当日持参してください。

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	「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。 	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、19時30分までに帰院してください。	19時30分頃に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		 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		いつも内服している薬を持参してください。 	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		夕食は持ち込み、または食べてきていただきますようお願いいたします。		朝食が必要な場合は、お申し出ください。
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