






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出来る。		
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、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)をお聞きになられたい場合は、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