

入院診療計画書

睡眠時無呼吸症候群検査を受けられる
様へ

(ID: _____)

病棟(病室) _____ 担当医 _____ 印 _____ 科名 内科

担当看護師 _____ 主治医以外の医療従事者 _____

病名 睡眠時無呼吸症候群 記載年月日 _____
(診断群分類病名)

月日	入院当日	入院翌日
経過	検査について理解でき、検査が無事終了できる	
目標		
治療・処置	本人確認のためネームバンドを装着します 検温・身体測定を行います	退院時ネームバンドをカットします 起床時、血圧測定を行います 
内服	常備薬あれば継続して服用します 不眠時用に薬を用意してあるのでいつでも申しつけ下さい	
注射		
検査	<input type="checkbox"/> 617号室に入院された 患者様は <input type="checkbox"/> 19時30分頃 <input type="checkbox"/> 20時30分頃 <input type="checkbox"/> 618号室に入院された 患者様は <input type="checkbox"/> 19時30分頃 <input type="checkbox"/> 20時30分頃 検査のため機械を装着します	必要時、採血・採尿があります 起床後、機械を取り外します 
生活・行動	検査が始まるまで自由です 検査開始後はベッド周囲のみ動くことができます	検査終了後より自由に歩行できます
食事		朝食後退院 (退院時間が変更になる場合、 担当看護師に相談して下さい)
清潔		希望があればシャワー浴が行えます 
排泄	検査前までトイレ使用になれます 検査開始後は尿器もしくは、簡易トイレ使用となります	検査終了後トイレ使用できます
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> ・医師より問診があります ・看護師より入院生活・検査について説明します ・深夜1~2時ぐらいに目が覚めても、また眠れるようならそのまま寝て下さい ※ 特別な栄養管理の必要 有 無	朝、目が覚めたら機械を外しますのでナースコールを押して下さい 
特記事項	【注意】・病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくに従って変わることがあります。 ・入院期間については、現時点で予測されるものです。 ・病状・症状などにより、病棟や部屋の移動をお願いすることがありますのでご了承ください。 ・不明な点は遠慮なくご質問ください。 ・緊急連絡先 (025) 274-5331	
	私は、上記の説明を受け、内容を理解しました。 年 月 日 氏名 _____	