

終夜睡眠ポリグラフ検査 入院診療計画書

患者用

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わることがあります。
 注2 入院期間については現時点で予想される期間です。

病名 : 睡眠時無呼吸症候群

以下について主治医または担当看護師より説明を受けました。患者署名欄(ご本人が困難な場合家族)

主治医氏名:

説明日 年 月 日 氏名

担当看護師:

月日	入院日(/) ※入院時間は14時です。	退院日(/)
目標	<ul style="list-style-type: none"> 検査内容や活動制限が理解でき、予定の検査が受けられる。 検査中眠れる。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査が終了し、疑問が言える。
治療・処置・薬剤	<ul style="list-style-type: none"> いつも飲んでいる薬がある方は確認しますので持参してください。 入院時、体温・脈拍・血圧・酸素飽和度を測ります。 	
検査	<ul style="list-style-type: none"> 夕食前、検査技師が睡眠状態や脳波、心電図などを測定するための検査装置を付けに病室へ伺います。頭や顔、身体にセンサー類を付けます。 21頃より検査を開始します。 今回の入院では、()検査装置のみ作動させます。 ()マスクを装着して検査装置を作動させます。 	<ul style="list-style-type: none"> 目が覚めたら看護師にお知らせください。 5時以降であれば検査を終了できます。 検査装置は検査技師が取り外しに伺います。
活動安静度	<ul style="list-style-type: none"> 検査開始前は病院内であれば制限ありません。 検査装置作動中は尿器またはポータブルトイレ使用になります。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査終了後は行動制限はありません。
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 検査装置を装着する前に入浴をして頂きます。自宅で済まされても結構です。 入浴時はシャンプーのみにして、リンス・整髪剤は使用しないでください。 	
食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食() ・特別な栄養管理の必要性(有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>)	
患者及び家族への説明	<ul style="list-style-type: none"> 眠れないとき、痛いとき、熱が出たときなど、検査中に何かあれば看護師にお知らせください。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果は退院時または次回外来でお知らせします。 お会計後、リストバンドを看護師が外します。 退院時間は9時半以降になります。

※入院当日にこの用紙をお持ち下さい。