

# 睡眠時無呼吸の患者さん (入院診療計画書)

患者ID: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 病棟: \_\_\_\_\_ 病室: \_\_\_\_\_  
 患者氏名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

経過	入院1日目	入院2日目 退院
	月 日	月 日
患者目標	安全に睡眠検査ができる。	安全に睡眠検査ができる。
治療・処置	夜間、検査のための器械をつけます。	朝、起きたら検査のための器械をとりはずします。
活動	病棟内で自由にお過ごしください。 	
食事	制限はありません	
清潔	シャワー	
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性について評価します(有・無) <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性について評価します(有・無)	<input type="checkbox"/> 忘れ物がないか確認します 
主担当医氏名: _____ 印 _____ 主担当医以外の担当者: _____ _____ 年 月 日 上記の説明を受けました。 患者・家族サイン: _____ (続柄) _____		
		メモ: _____ _____