

睡眠時無呼吸の検査を受ける患者さん

(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:

入院日:

経過	1900/1/0 入院日	1900/1/1 退院日
患者目標	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	お昼より病院の食事が食べられます	
清潔	シャワーに入れます	
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします	
「栄養管理/褥瘡対策」要判断	<input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 「手術/検査日程」要入力 </div>
	<input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性	
	実施有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	日程:
	内容:	睡眠時無呼吸検査

主担当医氏名: 印

主担当医以外の担当者: _____

注) 上記の内容・期間は現時点で考えられるものであり、今後状態の変化に応じて変わることが考えられます。

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: _____
