

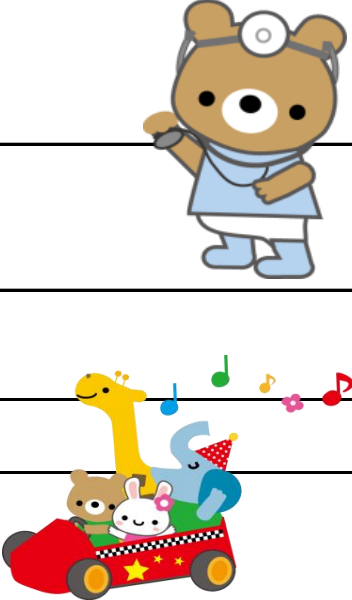
睡眠時無呼吸の検査を受ける患者さん (入院診療計画書)

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	1900/1/1
	入院日	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	☐ 病棟内の説明をします	
「栄養管理/褥瘡対策」要判断	☐ 特別な栄養管理の必要性	実施有無: 有 日程:
	☐ 褥瘡対策に関する計画の必要性	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: _____