

入院診療計画書（睡眠時無呼吸症候群の検査を受けられる方へ）

ID番号 : <<SYPID>> 患者氏名 : <<ORIBP_KANJI>> 様 生年月日 : <<ORIBP_BIRTHDAY_W>><<ORIBP_BIRTHDAY>> 病名（症状） : 睡眠時無呼吸症候群（疑いを含む）
 入院科/病棟 : <<INDICATESTAFF_SELECTEDDEPT_NAME>> / <<OREVF_A>> 主治医 : <<ORDCT_S_A>> ㊞ 担当医 : <<ORDCT_T_A>>
 担当看護師 : <<ORDCT_N_A>> 主治医以外の担当者 : 薬剤師 管理栄養士

	入院日	退院日
月日	/	/
経過	入院	退院
目標	検査の必要性が理解できる 不安なく検査を受けられる	退院後の生活（活動・仕事）に 不安がない
治療・処置		
検査	20時頃にセンサーを付け、終夜睡眠 ポリグラフィーを行います	起床したらセンサーを はずします
内服	寝付けない場合睡眠薬を内服します 持参薬の継続は医師にご確認ください	
食事	常食がです	
看護	体温・脈拍・血圧を測定します 入浴できます	
リハビリ	センサー装着中は病棟内の移動に 留めてください	
説明		検査結果は退院後の外来で ご説明します



特別な栄養管理の必要性 有 無

注1 入院期間については現時点で予想されるものです。
 注2 病名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したがって変わり得るものです。

高齢者総合評価の実施 有 : 無

総合的な 機能評価	基本的生体動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/>	要精査または要経過観察
	日常生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/>	要精査または要経過観察
	認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/>	要精査または要経過観察
	気分・心理状態	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/>	要精査または要経過観察

以上の説明を受け、治療内容を理解しました。
 <<DYTODAY>>
 説明者 : _____
 説明を受けた人 : _____ 続柄 _____
 （代表者） _____ （ ）

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター 2014/12/20作成
 パス承認番号（No.3）承認年月日（2015年3月11日）
 <管理No.57>