

# 【睡眠時無呼吸検査】

## 入院診療計画書

疾患名

診断群分類

主治医

看護師

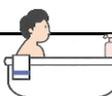
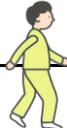
薬剤師

栄養士

ID

氏名

病棟(病室):

	1月1日	入院中		1月2日	
	入院日	検査開始	検査中	退院日	
目標	不安なく検査が受けられる	—————→			
内服	普段飲んでいるお薬を忘れずにお持ちください 眠剤など頓服薬や常備薬もお持ちください (基本的に検査を目的としますので、 新たな処方はいたしません) 	持参薬を看護師にお見せください 中止する薬があれば説明します			
検査		お休み前に機械を装着します 心電図モニターも装着します 	—————→	目が覚めたら、お知らせください 機械をはずします	
処置		入院時に検温します 	機械装着状態や睡眠状態 呼吸状態の観察を行います		
食事	夕食をすませてから入院してください 翌日の朝食も必要時は準備してください ご希望により病院で準備します				
清潔	入浴をすませてから入院してください 				
排泄	制限ありません 	—————→			
安静	制限ありません	—————→			
説明指導	1泊の生活に必要な物品をご用意ください 検査決定時にお渡しした書類に必要事項を記入し、 持参ください。(北館受付)	機器の装着時、技師から注意事項等の 説明をします 総合評価 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		看護師から退院に向けての指導・次回受診 説明をします 次回受診時に検査の解析結果を説明します	
症状		特別な 栄養管理の 必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	日常生活能力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 介助が必要な状態です
本人・家族の要望				認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安定な部分があります
看護計画等	安心して検査を受けていただけるように援助します			気分・心理状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安定な部分があります

本人氏名

親族又は代理人氏名  続柄:

説明日 西暦 年 月 日

主治医氏名