
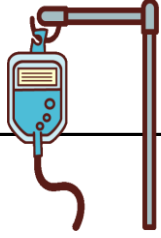
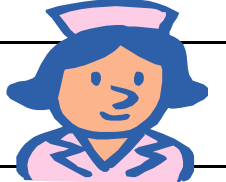


入院診療計画書－睡眠時無呼吸症候群の検査を受けられる患者様へ－

患者氏名

様

病名			
症状			
病棟		特別な栄養管理の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

		入院前	入院日	退院日
目標			<input type="checkbox"/> 検査が円滑に行える	
処置			<input type="checkbox"/> 17時頃より機械装着します <input type="checkbox"/> 眠前に追加で機械を装着します	<input type="checkbox"/> 起床後に機械を除去します 起床されたら看護師へお知らせください
薬		<input type="checkbox"/> 服用している内服薬は入院当日に持参してください	<input type="checkbox"/> 持参薬を看護師へお渡してください <input type="checkbox"/> 眠れない時は睡眠薬の内服が可能です 看護師へお知らせください	
点滴				
食事			<input type="checkbox"/> 米飯食を摂って頂きます	<input type="checkbox"/> 米飯食を摂って頂きます
安静度			<input type="checkbox"/> 院内フリー <input type="checkbox"/> 就寝時の機械装着後はトイレまで歩行可となります	<input type="checkbox"/> 機械除去後は院内フリー
ケア	清潔		<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます	<input type="checkbox"/> 体を拭くタオルが必要な方はお知らせください
	看護		<input type="checkbox"/> 17時より機械装着します 適宜機械の確認を行います	
説明・指導			<input type="checkbox"/> 機械装着後は自己判断で機械を外さないようにお願いします	

*状況により予定が変更になることがあります

担当医 _____ 印

担当看護師 _____

上記内容について説明を受けました

(同意年月日 年 月 日) 本人・代理人 署名 _____ (続柄 _____)