

睡眠時無呼吸検査(入院治療計画書)

ID: _____ 患者氏名: _____ 様 生年月日: _____ 病名(症状): _____
 入院科/病棟: _____ 主治医: _____ ⑩ 担当医: _____
 担当看護師: _____ 主治医以外の担当者:薬剤師: _____ 管理栄養士: _____

2017/9/22 作成

経過	入院当日	退院日
月日		#VALUE!
達成目標	内容を理解し、睡眠時無呼吸検査が受けられる。 	退院後の生活をイメージできる。
治療・処置	・夕食前、入浴を済ませてください。 ・夕食後、歯磨きを済ませてください。 ・睡眠時無呼吸検査についてのアンケート用紙を配布します。 	・器械を外した後、シャワーを浴びることができます。 ・アンケート用紙を回収します。 
検査	・(時)ごろ、担当者が頭、胸、腹、指先に器械を装着します。 	・起床後看護師が器械を外しますので、ナースコールを押してください。
内服	・持参薬は医師の指示に従い服用ください。	
食事	・疾患に合わせた食事ができます。睡眠に影響があるので、アルコール・カフェイン類は禁止です。	
看護	・入院生活についての説明を行います。 ・就寝後、器械がきちんと作動しているか、巡視時に確認します。 ・器械装着後も、歩いてトイレ歩行ができます。 - 不安なときは付き添いますのでナースコールを押してください。 	・器械を外した後、異常がないか観察します。 
リハビリ	・ありません。	
説明・指導	・器械装着時、検査についての説明があります。 	・医師から今後の治療について説明があります。 ・次回予約票をお渡しします。 ・看護師が退院後の生活について説明します。

★特別な栄養管理の必要性

☒ 有

・ 無

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わりうるものです。

注2 入院期間は現時点で予測されるものです。
 ご不明な点は遠慮なくスタッフへお尋ねください。

高齢者総合評価の実施 ☐ 有 : ☐ 無

総合的な	基本的な生活動作	☐ 問題なし	☐	要精査または要経過観察
機能評価	日常生活動作	☐ 問題なし	☐	要精査または要経過観察
	認知機能	☐ 問題なし	☐	要精査または要経過観察
	気分・心理状態	☐ 問題なし	☐	要精査または要経過観察

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。
 年 月 日

説明者:

説明を受けた人:
 (代表者)

続柄

(本人・)

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
 パス承認番号(No.104)承認年月日(2017年10月5日)
 <管理No. 110>