






患者氏名： \_\_\_\_\_ さま 病名/症状： 睡眠時無呼吸症候群

○上記パスの内容【入院診療計画書】に基づいた医療を行ないます。この説明用紙は入院時に必要になるため必ずご持参ください。【予定入院数 2日】

日時	入院日 月 日		退院日 月 日	
経過	検査前		検査開始	
検査処置治療			17時半に検査技師がお部屋にお伺いし検査モニターを装着します	
点滴内服薬	ありません		ありません	
清潔	髪の毛を洗ってください			
安静活動	制限はありません		モニターが外れないようできるだけお部屋でお過ごしください	
食事 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	制限はありません 17時ごろに夕食をお出しします 		制限はありません	
排泄	入院後から翌日6時までの排便・排尿回数を退院日の朝、お伺いします			
その他	担当薬剤師が持参薬・お薬手帳の確認をいたします 		モニターが外れたりアラームが鳴った場合はナースコールでお知らせください 	
看護計画	入院生活を安全に過ごしていただくために、誤認防止、転倒・転落防止、感染症対策に努めていきます		説明した看護師 _____ 20 年 月 日 パス表に基づき、説明を受け承諾いたしました。 本人またはご家族： _____	

○経過説明の内容は標準的なものであり、年齢、合併症により  
予定している治療内容や入院期間の変更が生じることがあります。