睡眠時無呼吸検査を受けられる患者様へ

ＩＤ（　　）　氏名（　　）様

日　付	／	／
経　過	入院日	退院日
目　標	検査の必要性・方法を理解して、安心して検査を受けることができる。	退院後の生活が理解できる。
内　服	持参した薬を継続して内服してください。	
注　射	特にありません。	
検　査	夕食後、検査を始めます。	起床後、看護師が検査器具を外して検査を終了します。
処　置	特にありません。	
食　事	特に制限はありません。	
安　静	静かに熟睡できるように環境を整えます。	
排　泄	なるべく安静にできるよう、検査前にトイレを済ませてください。	
清　潔		検査器具を外したあと、希望があればシャワー浴ができます。
説　明 （その他）	検査についての説明があります。 トイレに行く時など、検査器具が外れないように注意してください。	再診日の説明を行います。 再診日に検査結果の説明があります。

注１　この予定は現時点で考えられるものであり、今後検査治療等を進めていくに従って変更となる場合があります。

注２　入院期間は現時点で予想される期間です。

市立敦賀病院クリティカルパス委員会　2020/07/15 承認

説明日　　年　　月　　日

説明者署名（　　）

本人・家族署名（　　）