




睡眠時無呼吸検査（SAS）の治療を受けられる患者様へ

患者氏名

様

月/日	/	/
経過	入院日	退院
薬剤	2 1 時に眠剤を内服していただきます。	
検査	PSG検査があります（別紙参照） 	
活動/安静度	制限なし 	制限なし 
栄養□(食事)	制限はありません。 	制限はありません。 
清潔	制限はありませんが、18時までに入浴してください。 	制限はありません。
排泄	制限はありません	制限はありません
教育□指導	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中の流れについて説明します  ・持参されたお薬を確認させていただきます ・夕食後、検査技師にて機械を装着します ・18：30までに食事・歯磨き・入浴など身支度を済ませてください。 ・夜間、機械の外れがないか定期的に訪室します。 ・手の爪にマニキュアをしている場合落として頂きます 	<ul style="list-style-type: none"> ・起床時ナースコールにてお知らせください。機械の取り外しにに伺います。  ・アンケートをご記入ください。  ・次回受診日についてお知らせします。 ・ネームバンドを除去します。また診察券もお返しします。
その他	明日の朝食は摂取されますか？ 	

※入院期間や治療内容は現時点で予測されるもので、症状により変わることもございます

平成28年10月作成 99999996 (Ver. 1) クリニカルパス委員会承認