入院診療計画表（小児ポリグラフ検査入院）

病棟　　病室　　号 氏名（　　様）　　担当医（　　）（　　）看護師（　　）

病日 ＼ 項目	／　（　） 入院日 検査当日	／　（　） 退院日 検査翌日
予定	☐ 16時までに来院してください ☐ 終夜睡眠ポリグラフ検査を行います 検査場所：本館2階　生理検査室 検査開始：21時以降 ※検査開始の時間になったら、検査室にご案内します ※検査前に排尿をすませてください	☐ 検査終了：早朝 ※検査終了後は病棟に戻り、ナースセンターに声をかけてください ☐ 午前中に耳鼻科外来を受診します
食　事	☐ 制限ありません 夕食がでます 	☐ 制限ありません 朝食がでます
活　動	☐ 制限ありません	☐ 制限ありません
清　潔	☐ 制限ありません	☐ 制限ありません
説　明 指　導	☐ 入院のご案内をします ☐ 検査前に検査技師が検査の説明をします	☐ 検査結果の説明があります ※次回受診日に説明する場合もあります 次回受診日：　　月　　日　　時　　分