入院診療計画表（成人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	・終夜睡眠ポリグラフ検査を行います 検査場所：2階　生理機能検査室 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 ※検査前に、ベッドに横にならないで下さい	・検査終了：朝5時～6時頃 ※検査終了後は病棟に戻り、ナースセンターに退院することを伝えてください
食　事	・制限ありませんが、飲酒はできません （水分摂取は控えてください） ※病院食は本日の夕食及び翌日の朝食ともに出ません 	・制限ありません
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 ・検査の説明をします	・次回外来再診時に、検査結果の説明があります 次回受診日：　　月　　日　　時　　分 担当医：

この計画は現時点のものです。病状によって、治療・看護の内容を変更します。
変更があれば、その都度説明させて頂きます。不安なこと・心配なことがあればお申し出下さい。