

ビデオ監視下終夜ポリソムノグラフィー検査

（ビデオPSG）に関する説明書

____@SYSDAT2

I D _____@PATIENTID
患者 _____@patientname 様

1. 現在の診断名、重症度、原因

夜間、睡眠障害の原因を調べるための検査です。検査により診断致します。

2. 予定している処置の治療方針

日時： @KENSADATE2 から翌朝にかけて予定

入院検査予定日は、午後2時に、病院にご来院ください。

3. 治療の効果と限界

ビデオ監視下終夜ポリソムノグラフィー検査（ビデオPSG）は、睡眠中の脳波、呼吸の状態、血液中の酸素飽和度、心電図、いびき等の音、手足の動き等の異常行動を同時に測定記録し、睡眠障害の程度を診断して治療に役立てるための検査です。

一晩中の睡眠と呼吸の状態、手足の動きを調べるため、睡眠中のビデオ録画を行います。睡眠中の体の動きを観察することが、正確な診断のために必要です。

検査の方法

脳波、筋電図、呼吸運動、眼球運動等を記録するための電極を頭部、目の周り、鼻、あご、胸、腹、手足に取り付けて、検査の際、センサーが外れないようにネットを被っていただいた上で寝ていただきます。痛みはありません。検査機器装着後に、寝返りやトイレ等へ行くことも可能です。

4. 予測される合併症と危険性及びそれに対する回避策

検査に用いる電極のペーストの脱着で皮膚のかぶれがまれに生じることがありますが、水でよく洗い流して、適切な処置を行うことで通常一時的で数日で症状は消失します。

5. 実施しない場合に予測される症状の推移と可能な治療法

検査を受けた場合は、その結果をもとにより良い診療を行うことができます。しかし、本検査を受けていただくかどうかはあなたの自由です。もし、お受けいただけない場合には、本検査での情報が欠けることで診断のできない疾患があります。

6. 予後の予測

この検査をすることで予後の予測はできません。

7. 検査に伴って生じる生活上の変化

検査前の注意点

検査中は指先にセンサーを装着しますので、マニキュア・つけ爪・ネイルアート等は必ず外してください。

検査予定日の午後4時頃から、病室にて機器の装着を行います。

8. セカンドオピニオンの権利

この検査や治療に関して、他の医療機関の専門医に意見をお聞きになりたい場合は、希望される医療機関への受診が可能です。セカンドオピニオンについては、通常の保険診療とは異なりますので、先方医療機関へ事前に必ず確認して下さい。

9. 同意しない権利

今回の検査ならびに治療方針に関して、同意書に署名をした後でも、検査ならびに治療が開始されるまでの間に、同意を撤回することが可能です。

なお、撤回される場合は、必ず主治医へご連絡をお願いいたします。

本日説明に用いた資料：説明書・図・レントゲン・その他

（ ）

本日お渡しした書類：説明書・同意書・その他

（ ）

患者ID：@patientid

患者氏名：@patientname

ビデオ監視下終夜ポリソムノグラフィー検査（ビデオPSG）に関する説明書

検査実施日：@KENSADATE2

以上の説明にて理解頂けましたら署名をお願いいたします。

また、ビデオ監視下終夜ポリソムノグラフィー検査（ビデオPSG）について同意していただければ同意書にも署名をお願いいたします。

なお、同意書に署名した後でも説明内容に関する同意の変更を要望することが出来ます。

その場合でも治療上の不利益が生じることはありません。

ご不明な点・ご要望がありましたら、遠慮なくお申し出ください。また、別の専門的な意見を得るために、必要に応じて他の医療機関や専門医に相談されること（セカンドオピニオン）ができます。そのための資料は準備いたしますのでお申し出ください。

相模原病院 説明医師 _____（自筆）

同席・確認 看護師 _____（自筆）

年 月 日

署名：患者 _____ □代筆

署名：代諾者 _____ （続柄： _____）

署名：同席者 _____

患者・代諾者の署名がない理由：（ _____ ）

（記入上の注意）

1. 患者が未成年の場合、患者本人の署名以外に保護者の署名が必要です。

2. 患者に意思決定能力が無いと判断される場合には、親族や代諾者または保護者は、代諾者の署名欄に署名してください。その際、併せて患者署名欄に代筆で署名し、（□代筆）にチェックをしてください。

患者ID：@patientid

患者氏名：@patientname

ビデオ監視下終夜ポリソムノグラフィー検査（ビデオPSG）に関する同意書

相模原病院長 殿

検査実施日：@KENSADATE2

私 @patientname は、（説明医師）@activeusername 氏から別紙「ビデオ監視下終夜ポリソムノグラフィー検査（ビデオPSG）に関する説明書」に記された内容について、十分な説明を受けるとともに質問する機会を得ました。この説明により予定されているビデオ監視下終夜ポリソムノグラフィー検査（ビデオPSG）について

- ☐ 理解しました。担当医師の指示による実施に同意します。
また、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることも承諾します。
- ☐ 理解しましたが実施することに同意しません。

年 月 日

署名：患者 _____ □代筆

生年月日 _____ 年 月 日

親族または代諾者（続柄 _____）

署名：氏名 _____

住所 _____

患者・代諾者の署名がない理由：（ _____ ）

（記入上の注意）

1. 患者が未成年の場合、患者本人の署名以外に保護者の署名が必要です。
2. 患者に意思決定能力が無いと判断される場合には、親族や代諾者または保護者は、親族または代諾者の署名欄に署名してください。その際、併せて患者署名欄に代筆で署名し、（口代筆）にチェックをしてください。

ビデオ監視下終夜睡眠ポリグラフィー検査（ビデオPSG）を

受ける方へ

@PATIENTNAME 様

検査日時： @KENSADATE2 @KENSATIME1

★検査予約日、当日は夕方4時ごろから、病室にて機器の装着を行います。

★検査内容

- ・ ビデオ監視下終夜睡眠ポリグラフィー検査（PSG）は、睡眠中の脳波・呼吸の状態、血液中の酸素飽和度、心電図、いびきなどを同時に測定し、睡眠障害の程度を診断して治療に役立てるための検査です。
- ・ 脳波、筋電図、呼吸運動、眼球運動等を記録するための電極を頭部、目の周り、鼻、のど、胸、腹、手足に取り付けて寝ていただきます。
- ・ 一晩中の睡眠と呼吸の状態、手足の動きを調べるため、睡眠中のビデオ録画を行います。

★注意事項

- ・ 検査中は指先にセンサーを装着しますので、マニキュア・つけ爪・ネイルアート等は必ず外して下さい。
- ・ 検査中は頭部にペースト（クリーム）で電極を装着しますので、検査当日は整髪料などお使いにならないで下さい。

