

終夜睡眠ポリグラフィー検査 の説明と同意書（予約時専用）

フリガナ
患者氏名
生年月日

年 月 日

検査説明担当者

説 明 書

この用紙は、あなたが受ける終夜睡眠ポリグラフィー検査の同意書です。担当医師から検査に関する説明を受け、検査の留意事項をご確認ください。

1. 検査概要

1-1) 終夜睡眠ポリグラフィー検査とは

主に「睡眠時無呼吸症候群」の診断を目的として行う検査です。

1-2) 「睡眠時無呼吸症候群」とは

睡眠時に呼吸が弱くなったり止まったりする現象が、繰り返し（1時間に5回以上）観察され、日中の眠気等の自覚症状を伴う場合に「睡眠時無呼吸症候群」と診断されます。

1-3) 検査では、以下の項目について測定します。

- ・ 脳波、眼球運動、顎の筋電図：→睡眠の状態を調べます。
- ・ 心電図：→心拍数の変化などを観察します。
- ・ 胸と腹の動き、呼吸の気流、血中の酸素飽和度、いびき：→呼吸の状態を調べます。
- ・ 脚の筋電図：→睡眠中の異常運動などを観察します。

このため全身に約20箇所の電極やセンサーを取り付けますが、取り付けに際して痛みを伴うものではありませんのでご安心下さい。

取り付けの際に、消毒用アルコール、医療用テープを使用します。お肌の敏感な方はご相談ください。

2. 注意事項等について

2-1) 検査実施に伴い、全身にセンサー類の取り付けを行います。

装着に要する時間は、約40分です。

- ・ 装着後、センサーのチェックを行います。
- ・ 検査機器によっては、ベッドサイドでお手洗い等行っていただく場合があります。
- ・ 飲水は可能ですが、センサーの水漏れ防止のためストローをご使用ください。
- ・ 就寝時の姿勢に制限はありません。（横向き寝も可能です。）

同 意 書

わたしは、予定された終夜睡眠ポリグラフィー検査の内容とその必要性、検査に関する留意事項について説明を受け、理解しましたので検査を受けることに同意します。

同意年月日 西暦 年 月 日

患者本人または代理人 署名
(代理の場合続柄：)

順天堂大学医学部附属静岡病院