

研究登録者番号: _____

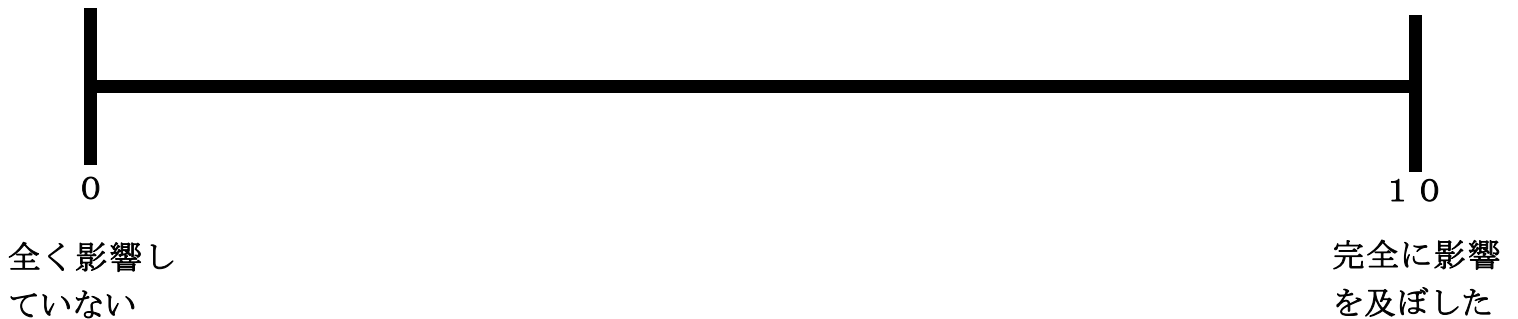
体重測定日: 月 日 ベッド番号: _____

記入 MD: 主科・集中治療医・麻酔科

本質問紙は、体重測定した患者の治療方針を決定する医師にお尋ねください

- 体重測定後の24時間以内の、先生のお考えを下記の visual analog scale(VAS)へチェックを入れ、比較的影響を及ぼしたとお考えの際、その具体を簡単にご記入して下さい。

1) 先生の臨床判断へ、体重測定値が影響しましたか？



影響を及ぼした具体的内容(記入:利尿剤追加を指示)

ご協力ありがとうございました。