

診療情報提供書(睡眠ポリグラフ検査用)

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【紹介先】

湘南鎌倉総合病院 睡眠時無呼吸外来

【紹介元】

住所 : 〒 _____ - _____

TEL : _____ FAX : _____

印

フリガナ		男 女	患者ID				
患者氏名			生年月日	明	大	昭	平
住所	〒 _____ - _____	TEL	自宅				
			携帯				

傷病名						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 終夜睡眠ポリグラフ検査	<input type="checkbox"/> その他(_____)				
簡易検査	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済(AHI= _____)	又は(ODI= _____)			
症状	<input type="checkbox"/> いびき	<input type="checkbox"/> 睡眠中の呼吸停止	<input type="checkbox"/> 日中の眠気	<input type="checkbox"/> その他(_____)		
治療経過						
現在の処方						

<既往歴及び家族歴>

<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 高血圧症
<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 多血症
<input type="checkbox"/> その他(_____)				
家族歴				

<検査結果について>

<input type="checkbox"/> 結果説明および治療方針について貴院に一任します。
<input type="checkbox"/> 貴院にて検査を実施いただき、検査結果とともに紹介元にお送りください。(以下の項目チェックは不要になります。)
<input type="checkbox"/> 検査後、結果データのみ報告(CPAP未導入)(以下の項目チェックは不要になります。)
<input type="checkbox"/> その他(_____)

<治療方法について>

<input type="checkbox"/> 貴院へ一任します。
<input type="checkbox"/> CPAP治療を優先希望。
<input type="checkbox"/> その他(_____)

<CPAP導入となった場合の診療について>

<input type="checkbox"/> 導入翌月より紹介元病医院へ移管希望。
<input type="checkbox"/> 貴院にて数か月フォローの後、紹介元病医院へ移管希望。
<input type="checkbox"/> CPAP治療は貴院にて継続希望。
<input type="checkbox"/> その他 プロバイダーや機種等についてコメント(_____)

<備考>

データ管理	<input type="checkbox"/> Web管理	<input type="checkbox"/> カード管理	<input type="checkbox"/> データ未使用
-------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------