

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】

【紹介元】

湘南鎌倉総合病院 睡眠時無呼吸外来

印

住所 : 〒 -

TEL : FAX :

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	☐ 終夜睡眠ポリグラフ検査 ☐ その他()				
簡易検査	☐ 未 ☐ 済(AHI=)又は(ODI=)				
症状	☐ いびき ☐ 睡眠中の呼吸停止 ☐ 日中の眠気 ☐ その他()				
治療経過					
現在の処方					

<既往歴及び家族歴>

☐ 狭心症 ☐ 心筋梗塞 ☐ 不整脈 ☐ 脳血管障害 ☐ 高血圧症
☐ 高脂血症 ☐ 気管支喘息 ☐ 慢性閉塞性肺疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 多血症
☐ その他()
家族歴

<検査結果について>

☐ 結果説明および治療方針について貴院に一任します。 ☐ 貴院にて検査を実施し、検査結果の説明は貴院でお願いします。CPAP導入は貴院でお願いします。 ☐ 貴院にて検査を実施し、検査結果の説明は貴院でお願いします。CPAP導入は自施設で行います。 ☐ 貴院にて検査のみを実施いただき、検査結果は自施設に郵送してください。結果説明は自施設で行います。 ☐ その他()
--

<治療方法について>

☐ 貴院へ一任します。 ☐ その他()

<CPAP導入となった場合の診療について>

☐ 導入翌月より紹介元病医院へ移管希望(プロバイダーや機種指定があればご記載ください)) ☐ 貴院にてCPAP治療が安定後、紹介元病医院へ移管希望(プロバイダーや機種指定があればご記載ください)) ☐ CPAP治療は貴院にて継続希望。 ☐ その他
--

<備考>

--