

# 診療情報提供書( 睡眠時無呼吸検査用 )

記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〈紹介先〉 秩父市立病院  
 \_\_\_\_\_  
 内科 睡眠時無呼吸外来 宛  
 \_\_\_\_\_

〈紹介元〉  
 \_\_\_\_\_  
 住所 : 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 印

TEL : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

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

傷病名	
紹介目的	<input type="checkbox"/> PSG検査 <input type="checkbox"/> 簡易検査&PSG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"/> 睡眠時無呼吸 <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"/> 脂質異常症	<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"/> 結果説明を実施後、【治療方針について】のとおり、フォローをお願いします。
<input type="checkbox"/> 結果説明を実施後、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"/> 検査のみ実施してください。(結果説明も不要)(以下の項目チェックは不要になります。)
<input type="checkbox"/> その他( _____ )

## 【治療方針について】

<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3か月程度のフォローの後、紹介元へ移管希望。
<input type="checkbox"/> CPAP治療は貴院にて継続希望。
<input type="checkbox"/> その他 業者や機種等についてコメント( _____ )

## 【その他】

--