令和　　　年　　　月　　　日

診療情報提供書　(無呼吸・いびき外来依頼専用)

《紹介先》　〒890-0051　鹿児島県鹿児島市高麗町43-25

TEL：099-252-1090 FAX：099-203-9101

いまきいれ総合病院　いびき・無呼吸外来　担当医　行

《紹介元》　医療機関の住所、名称、電話番号、医師氏名など

|  |
| --- |
|  |

《患者情報》　連絡先電話番号は必ずご記載ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  |  |
| 患者氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 患者住所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　年　　月　　日 | 歳 |  |

|  |
| --- |
| 【病名】　睡眠時無呼吸症候群の疑い |
| 【既往歴】 |
| 【経過】 |
| 【依頼内容】　※依頼項目にレをお願いします  簡易検査から終夜睡眠ポリグラフィー(ＰＳＧ)まで依頼  終夜睡眠ポリグラフィー(ＰＳＧ)のみ依頼(結果説明は紹介元にて行う)  　※簡易検査の数値ご記入ください　ＡＨＩ：  終夜睡眠ポリグラフィーからＣＰＡＰ継続管理まで全て依頼  　※ＣＰＡＰ導入時、使用が安定したのち近医へ紹介  検査及びCPAP導入後、安定するまで『いまきいれ総合病院』にてCPAP管理を行い、  その後の管理は当院(紹介元)にて行う。  導入時希望CPAP取扱い業者  帝人　　 フィリップス　　 フクダ電子　　 その他(　　　　　　　　　　　　　　) |
| 【現在の処方(処方箋)、その他】※処方箋のコピー等でも結構です。 |