**診 療 情 報 提 供 書**

【送信先】　FAX 011-378-6251 E-mail: nemuritokokoro@sokujinkai.or.jp

（睡眠検査・治療依頼書）

年　 月　 日

北広島ねむりとこころのクリニック

三浦　淳　先生　御机下

〒

（住所）

（病院名）

（TEL / FAX / E-mail）

（診療科・医師名）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性別 |  |
| 生年月日 |  | 年齢 |  |
| 患者住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | 職業 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 当科診断 |  |
| 依頼内容 | 検査のみ（結果説明は依頼元が行う）　　検査および結果説明  検査および結果説明、必要なら治療導入　CPAP治療導入・継続 |
| 検査内容 | クリニックに一任　　　簡易睡眠時無呼吸検査　　睡眠ポリグラフ検査  睡眠ポリグラフ検査＋反復睡眠潜時検査　　　　　　覚醒維持検査 |
| 簡易SAS検査結果　　AHI (RDI) 　回/時　（実施日：　　　年　　　月　　　日） | |
| 患者様への連絡方法　貴院から連絡　患者様から当院へ電話　当院から患者様へ電話 | |
| 病歴など | |
| 処方内容 |  |