

紹介先医療機関名

〒 029-4201

社団医療法人 啓愛会 美希病院

岩手県奥州市前沢古城字丑沢上野100

☎ 0197-56-6111

内科外来 担当医師

紹介元医療機関

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

診療情報提供書

下記の患者さんを紹介します。どうぞよろしくお願いたします。

フリガナ	性別
患者氏名	電話番号
患者住所	
生年月日	(歳)

1. 傷病名	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 (疑いを含む)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
2. 症状及び リスク項目	<input type="checkbox"/> 無呼吸	<input type="checkbox"/> いびき
	<input type="checkbox"/> 不眠・中途覚醒	<input type="checkbox"/> 日中の眠気・倦怠感
	<input type="checkbox"/> 夜間頻尿	<input type="checkbox"/> 難治性高血圧症
	<input type="checkbox"/> 職業：運転手	<input type="checkbox"/> 心不全などのスクリーニング
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
3. 既往歴及び合併症 (必要に応じてご記載ください)		
4. 現在の処方	<input type="checkbox"/> お薬手帳を参照	
	<input type="checkbox"/> その他	
5. その他ご用命 (必要時にご記載ください)		
6. 貴院でのCPAP管理 (実施されている場合は、導入後に貴院へご紹介いたします)	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない

- 備考
- ご紹介の際の、**ご予約及びご連絡は不要です。**
 - 必要がある場合は続紙 (任意様式) に記載して添付してください。
 - 簡易PSG施行済みの場合は、お手数ですがご持参いただければ幸いです。
 - 必要時には、当院よりお問い合わせをさせていただく場合がございます。