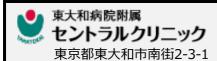
終夜睡眠ポリグラフィー検査 依頼状



睡眠時無呼吸症候群外来 担当医

FAX: 042-562-6511 TEL: 042-562-5511

	記入日:	年月	日
【ご紹介元】			
医療機関名			
医師氏名			
FAX			
【当院受診歴の有無】			
□ あり (大和会ID:) □	〕なし □ 不明	月	
【患者情報】			
フリガナ 身長			cm
患者氏名 体重			kg
生年月日 年 月 日(歳)性別	□男□	」女	
住所			
【連絡先】※重要			
日中に連絡可能なお電話番号(最も確実に連絡がとれる連絡先)	にチェックをつけ	てください。	
平日にお仕事をされている方の場合は、連絡先がご自宅のみでは	連絡がとれない場	合があります。	
□自宅()		
□ 携帯 ()		
□職場()※職場に連絡し	て良い場合のみ	
□ その他 ※連絡可能な時間帯など			
【病名】			
□ 睡眠時無呼吸症候群 □ その他 ()
【簡易検査によりスクリーニング】			
□実施済み □ 未実施			
【依頼内容】※PSGのみはお受けしていません			
□ PSG 検査+3ケ月間の当院でのフォローアップ			
□ 診断・今後の治療継続			
□ その他()
【主訴・既往歴・家族歴などの臨床情報】※別添可			
【CPAP治療】			
当院での3カ月のフォローアップ後 自施設でCPAP治	療を □ する	□ しない	