至誠堂総合病院 地域連携室 FAX (TEL) 023-622-7551

## 診療情報提供書 (睡眠時無呼吸検査依頼書)

主讽星総合物例	1. 呼吸	奋丹科 元生剛	夗				午 月 口
	梭	查予約日時	年	月	F	1	19時 00分
貴院医療機関名					診療科		担当医師氏名
TEL (	) –	_					
ふりがな						性別	男・ 女
患者氏名						TEL	( ) – –
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)						
患者住所	〒 −						
紹介目的							
既往歴・病状							
経過など							
患者に関する							
留意事項							
女性のみ	女性スタッフによる機器装着などの対応 □希望する □どちらでも良い						□どちらでも良い
カルテ事前登録	录のため	<b>か下欄にご記入を</b>	お願い申	し上げる	ます。ま	または保険 しょうしょう しょうしょ しょうしょ しょうしょ しょうしょ しょうしょ しょうしょ しょうしょ しょうしょ しゅうしゅう しょうしゅう しょうしょう しょうしょう しょうしゅう しょうしゅう しゅうしゅう しゅうしゃ しゃりん はんしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく し	記類を FAX して頂いても結構です
保険者番	号				き者の記	記号番号	
公費負担者	番号	公費受			受給	者番号	
□本人 □家族		負担割合	□1割 □2割			□3 割	
<b>依頼内容と診断の意向</b> (検査内容を選択し診療のご意向に <b>②</b> をつけて下さい。)							
□ (1)	PSG 検査のみ行う 検査結果は約2週間後に紹介元医療機関へ郵送致します。						
□ (2)	PSG 検査を行い必要時 CPAP 導入し翌月より紹介元医療機関にて管理を行う。						
□ (3)	PSG 検査・CPAP 導入・管理まで継続して至誠堂総合病院にて行う。						