

# 診療情報提供書 (睡眠時無呼吸検査依頼書)

至誠堂総合病院 呼吸器内科 荒生剛 宛 年 月 日

検査予約日時 年 月 日 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 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> どちらでも良い		

カルテ事前登録のため下欄にご記入をお願い申し上げます。または保険証類を FAX して頂いても結構です。

保険者番号		被保険者の記号番号	
公費負担者番号		公費受給者番号	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	

## 依頼内容と診断の意向 (検査内容を選択し診療のご意向に☑をつけて下さい。)

<input type="checkbox"/> (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。
<input type="checkbox"/> (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。
<input type="checkbox"/> (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。