CPAP診療情報提供書　　　　(1枚目／2枚)

年　　月　　日

医療法人社団　睡眠総合ケアクリニック代々木

担当医師　宛

医療機関名

ご住所

ご連絡先　TEL/ FAX

ご芳名

※貴院の書式等により下記の内容をご記載いただく場合には2枚目のみをご記載ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者様氏名 | 生年月日 | 性別 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　様 | 　　年　　月　　日 | 　□男性・□女性 |
| 住所 |
| 〒　　　　　　　　都・道・府・県　　　　　市・区　　　　　町・村 |
| 診断名 |
| 　睡眠時無呼吸症候群 |
| 既往 |
| 薬物アレルギー：□無・□有（　　　）感染症：□無・□HCV・□HBV・□HIV |
| 症状・治療経過 |
|  |

睡眠総合ケアクリニック代々木

※①～⑤についてご記入をお願いいたします。　　　　　　　　　　　　（2枚目／2枚）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 診断PSGについて
 | 1. 簡易検査について（PSG未施行の場合）
 |
| 実施日 | 年　　月　　日 | 実施日 | 年　　月　　日 |
| AHI | 　　　　　　　回／時 | AHI | 　　　　　　　回／時 |
| 結果の同封 | □有・□無 | 結果の同封 | □有・□無 |
| 1. CPAP初回導入日
 |
| 年　　　月　　　日 |
| 1. CPAP設定について
 | CPAP指示書の同封 | □有・□無 |
| （指示書を同封いただけない場合にのみ、CPAP処方内容についてご記載ください。）機種：処方圧：　固定圧　　cmH2O　／　変動圧　下限　　cmH2O～上限　　　　cmH2Oランプ設定：　□有・□無　　　ランプ時間：　　分　　開始圧：　　　　cmH2O圧リリーフ設定：　　　　　　　　　加湿器：　□有・□無その他（マスクの種類等）： |
| 1. 現在の処方
 | 薬剤情報の同封 | □有・□無 |
| （薬剤情報を同封いただけない場合にのみ、貴院の処方内容についてご記載ください。） |
| その他　ご連絡事項 |
|  |

睡眠総合ケアクリニック代々木