

睡眠障害診療情報提供書

医療法人社団絹和会

睡眠総合ケアクリニック代々木

医師

医療機関名:

TEL/FAX:

住 所:

医 師 名:

患者氏名:

性別: 男 女

患者住所:

電話番号:

生年月日:

年 月 日 (

歳)

職業:

1. 睡眠障害

該当するものに
○をつけて下さい
(複数でも可)

A:不眠症

B:過眠症

C:睡眠時無呼吸症候群

D:むずむず脚症候群/周期性四肢運動障害

E:睡眠関連異常行動

F:概日リズム睡眠障害

G:その他 (

)

2. 紹介目的

3. 既往歴及び現在治療中の疾患

薬物アレルギー 無 有 (感染症 無 HCV HBV HIV

4. 症状・治療経過

5. 現在の処方内容