

紹介状（診療情報提供書）

【紹介先】 茨城県つくば市西平塚104-1

国際ハートスリープクリニックつくば 行

【紹介元】 医療機関の住所、名称、電話番号、医師氏名等（ゴム印等をご利用ください）

--

（ふりがな）

患者氏名 殿 性別（男・女）
患者住所 電話番号
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日（ ）歳 職業

【病名】 睡眠時無呼吸症候群の疑い

【合併疾患】

【紹介依頼内容】 * 依頼項目に をお願い致します。

- 簡易検査から終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）検査まで依頼
 終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）検査のみ依頼
* 簡易検査の数値をご記入ください（AHI _____）
 検査から CPAP 継続治療管理まで全て依頼
 検査及び CPAP 導入後、安定するまでの間（約3ヶ月）「国際ハートスリープクリニック」で行い、その後の治療管理は当院（紹介元）にて実施
 CPAP 導入済み患者様の外来管理依頼 簡易検査データ、PSGデータを添付ください。

CPAP 導入日： 年 月 日 CPAP設定値：

CPAP 導入前 AHI： CPAP 導入後 AHI： CPAP 機種

【現在の処方（処方薬等）、その他】 * 処方箋のコピー等でも結構です。