

睡眠時無呼吸検査 (PSG) 診療情報提供書

記入日 年 月 日

旭ろうさい病院 地域医療連携室 FAX 0561-53-8459

この診療情報提供書とできましたら保険証のコピーもFAXして下さい

旭ろうさい病院受診歴 (あり・なし)

ご希望日: 第1希望 月 日 ()

第2希望 月 日 ()

医療機関名:

医療機関住所:

紹介医:

TEL:

FAX:

※まずは診察のみ、検査(入院)は後日です。

フリガナ	性別	住所 〒
患者氏名	☐ 男 ☐ 女	
生年月日 S H R	年 月 日 (歳)	TEL(固定): TEL(携帯):

◆ 旭ろうさい病院にて行う事項について (以下の項目について□にチェックを記入してください)

紹介目的

☐

● PSG検査のみ行う

簡易検査が未実施であればまずは簡易検査もおこないます

PSG検査を行い患者様に結果説明後、紹介元医療機関にてその後の治療(CPAP治療等)を行う

CPAPの適応【PSG検査: AHI 20以上】 【簡易検査: AHI 40以上】

☐

● CPAP導入まで行う

PSG検査を行い、CPAPを導入し次月より紹介元医療機関にて管理を行う☐

● 検査からCPAP管理まで全て行う

検査・導入・管理まで全て継続して旭ろうさい病院にて行う

* 簡易検査実施済みの場合は検査結果も添付ください

☐

● CPAP治療効果判定 (タイトレーション)

CPAP導入後、効果判定と最適な圧力(風の強さ)を探すための検査です

備考

お伝え事項がありましたらご記入ください