

# 終夜睡眠ポリグラフ検査申込書(診療情報提供書)

松本協立睡眠センター宛

Fax 0263-35-5338

フリカ`ナ			
氏名		性別	男 女
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日生
住所	〒		
連絡先	自宅 ( ) —		
	※必ず連絡がとれる番号 携帯・勤務先 ( ) —		
貴院ID			

紹介元医療機関名	
電話	( ) —
Fax	( ) —

( )科

担当医師

記入日 年 月 日

患者保険情報 (保険証の写しをFAXしていただいても結構です)

保険種別	社保	国保	その他( )	後期高齢者医療保険	保険者番号	
保険者番号					被保険者番号	
記号					負担割合	1割・3割
番号				その他(公費など)		
続柄	本人・家族					

貴院にて治療中の疾患	貴院処方薬

◎簡易検査

済 未 (終夜睡眠ポリグラフ検査の前に、外来受診・簡易検査が必要となります)

◎利き手 (ご不明の場合は、こちらでご本人に確認致します。)

右利き 左利き

◎症状 (□にチェックを入れてください)

いびき    睡眠中の呼吸停止    日中の眠気・居眠り    睡眠中の窒息感  
熟睡感の欠如    集中力の欠如    日中の倦怠感    起床時頭痛    インポテンツ  
睡眠中の頻回の中途覚醒    入眠困難    早朝覚醒    就寝時の下肢の異常感覚  
その他 ( )

◎基礎疾患および合併症、既往症 (□にチェックを入れてください)

狭心症    心筋梗塞後    不整脈    脳血管障害    高血圧症    糖尿病  
高脂血症    気管支喘息    慢性閉塞性肺疾患 (肺気腫・慢性気管支炎)    多血症  
血液透析中    その他 ( )

◎検査結果について (□にチェックを入れてください)

検査結果送付のみ (睡眠センターでは検査のみ実施)  
結果と治療方針についての説明のみを松本協立病院にて行う。  
結果説明および治療については松本協立病院に一任する。  
その他 ( )

◎CPAP導入となった場合、CPAP followは

検査申し込み病医院でfollowする。  
松本協立病院でfollowして欲しい。  
右記の病医院へ紹介して欲しい。⇒ \_\_\_\_\_ 病院・医院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生宛

松本協立病院 睡眠センター                      〒390-8505 長野県松本市巾上9-26  
 TEL 0263-35-6999(地域医療福祉連携室)/0263-35-5300(不通時・病院代表)