

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