

診療情報提供書（睡眠時無呼吸症候群用）

貴院名：	様
主治医先生ご氏名：	先生
Tel：	Fax：
患者氏名	様 男・女
生年月日：T・S・H	年 月 日（才）
住所：〒	
Tel：	

1) ご依頼の診療内容をお選び下さい。

- 終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG 1泊2日入院）
- SASに関して初診
- CPAP治療の引き継ぎ
- その他（ ）

2) CPAP治療が必要な場合、どちらで行いますか。

- 貴院にて
- 当院（正幸会病院）にて

3) 現病歴、貴院での診療状況、AHI値など

4) 貴院での投薬内容

【受診希望日】 月 日

事前にFAXでご連絡いただければよりスムーズに受診できます

正幸会病院（〒571-0055 大阪府門真市中町11-54）

06-6905-9214 (FAX)

06-6905-8833 (病院代表)

070-6924-8404 (地域医療連携室直通)