

睡眠時無呼吸検査(PSG)依頼書

医療法人財団 神戸海星病院

年 月 日

神戸海星病院 医療連携センター宛 FAX:0120-888-246

この依頼書と診療情報提供書をFAXして下さい。

ご希望日:第1希望 月 日 医療機関名


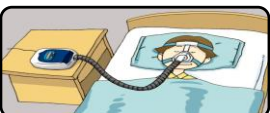


第2希望 月 日 医療機関住所

紹介医

TEL: FAX:

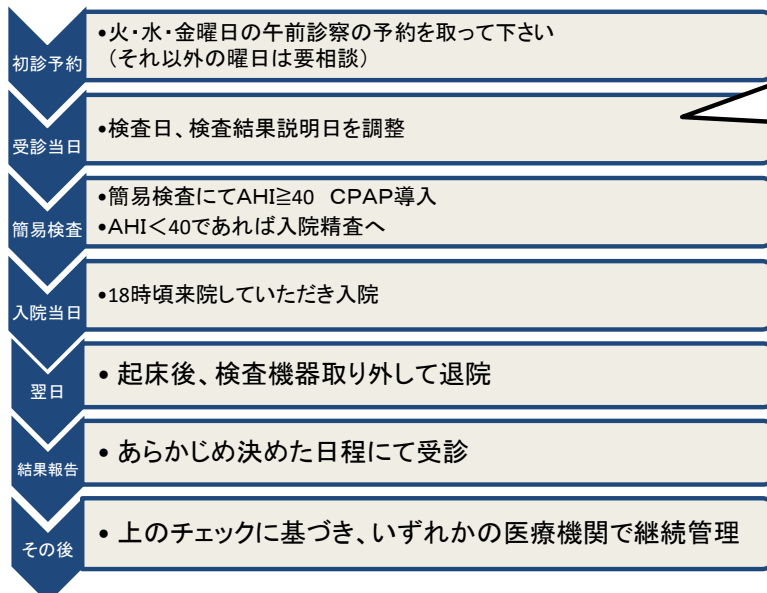
フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所 〒
患者氏名		
生年月日 M T S H 年 月 日 () 歳	TEL(固定) TEL(携帯)	

◆神戸海星病院にて行う事項について
(以下の項目について、□にチェックを記入ください)

<input type="checkbox"/>		●PSG検査のみ行う (簡易検査が未実施であれば、まず自宅にて簡易検査が必要です) PSG検査を行い患者様に結果説明後、 <u>紹介元医療機関</u> にてその後の治療(CPAP治療等)行う CPAPの適応 【PSG検査: AHI \geq 20】 【簡易検査: AHI \geq 40】
<input type="checkbox"/>		●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
<input type="checkbox"/>		●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神戸海星病院にて行う
<input type="checkbox"/>		●検査、CPAP導入・慣れるまで管理 導入後「マスク・圧調整」を重ね問題が無くなり次第 紹介元医療機関にて管理

※紹介元医療機関において簡易検査実施済の場合は検査結果を添付ください。

◆初診から検査の流れ



・入院は「月曜～土曜」のいずれかです。

・18時に来院、翌日も朝一にお帰りいただけますので、仕事もお休みいただかなくても大丈夫です。ご安心ください。