

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

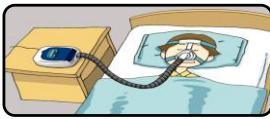
紹介医

TEL: FAX:

フリガナ	性別	住所	〒	
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男			
患者氏名	<input type="checkbox"/> 女			
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)

-  ● 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、紹介元医療機関にてその後の治療(CPAP治療等)行う
CPAPの適応 【PSG検査: AHI≥20】 【簡易検査: AHI≥40】
-  ● 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神戸海星病院にて行う
-  ● 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

