

診療情報提供書(SAS用)

令和 年 月 日

〒063-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1番1号

依頼医療機関



北海道医療センター
地域医療連携室 宛



所在地

名称

TEL () - FAX () -

FAX:011-611-8112 TEL:011-611-8116

希望受診科・医師(循環器内科・ 医師)

医師名

フリガナ	生年月日 (明・大・昭・平・令)	年 月 日 (歳)
患者様氏名	性 別 男・女	住所
		電話 () -

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来希望	<input type="checkbox"/> 外来スクリーニング検査希望	<input type="checkbox"/> 入院精査希望
------	-------------------------------	--	---------------------------------

【備考】

- 1) 外来受診の場合、診察してお話を聞き必要な検査を申し込みます。
- 2) 外来スクリーニング検査は、簡単にスクリーニングして欲しい時に適しています。
夜間連続的にパルスオキシメトリーで酸素飽和度をモニターし、夜間の低酸素血症があるかを調べます。
スクリーニング検査で睡眠時無呼吸症候群が疑われる場合、入院精査をお勧めします。
- 3) 入院精査は、1泊入院でポリソムノグラフィー(PSG)を試行します。結果は、後日説明します。

主病名	睡眠時無呼吸症候群の疑い
症状・治療経過 現在の処方など	<p>上記患者様、以下の症状のため紹介いたします。</p> <p><input type="checkbox"/>いびきがある <input type="checkbox"/>昼間の眠気がある <input type="checkbox"/>朝方の頭重感がある <input type="checkbox"/>息苦しくて目がさめたことがある</p> <p><input type="checkbox"/>夜間頻回にトイレに起きる</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠中の呼吸停止を指摘された</p> <p><input type="checkbox"/>朝の目覚めが悪く、何時間寝ても頭がすっきりしない <input type="checkbox"/>その他()</p>

※ 本票をFAXでご提出いただき、診察(検査)日が決定しましたら予約通知書をFAXで返信いたしますので患者様にお渡しください。