

# 検査依頼書兼診療情報提供書(終夜睡眠検査申込書)

(検査のみ・検査及び結果説明(CPAP導入))

北柏リハビリ総合病院 医療連携室行き

FAX 04-7169-8003

内科  
検査担当 先生

所在地
医療機関名
TEL
FAX
医師名

予約希望日をご記入ください

希望 ① 月 日 ( )

希望 ② 月 日 ( )

希望 ③ 月 日 ( )

(予約日は日曜・祝日以外、日曜・祝日は入院不可)  
※ご希望通りにご予約が取れない場合もございます。

予約が取れた日時(検査日)

入院日 年 月 日 ( ) 17:00~17:30

保険証添付欄

**※必ず、保険証のコピーを添付して下さい。**

※この用紙に必要事項をご記入の上、FAXして下さい。

北柏リハビリ総合病院受診歴	( 有 ・ 無 )	北柏リハビリ総合病院登録番号	ID:
---------------	-----------	----------------	-----

フリガナ	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 ( 歳 )	男・女
患者氏名				
住所	〒	連絡先(自宅)	連絡先(携帯)	

## 検査内容 : 終夜睡眠ポリグラフ(1泊2日)

臨床診断・主訴

簡易検査結果	眠剤指示 ( 不眠時 )	身長 _____ cm
AHI _____	薬剤名 : マイスリー5mg _____	体重 _____ kg
ODI _____ %		腹囲 _____ cm

アルコールかぶれ 有 ・ 無      テープかぶれ 有 ・ 無      その他 有 ・ 無 ( )

現在のADL(下記に○の記入をお願いします)

【車イス】 不要 ・ 必要      【麻痺】 無し ・ 有り( 右 ・ 左 )      【認知症】 無し ・ 有り  
 【視力】 見える ・ 見えない( 右 ・ 左 ・ 両方 )      【聴力】 聞こえる ・ 聞こえない( 右 ・ 左 ・ 両方 )

### 記入例

## 検査依頼書兼診療情報提供書(終夜睡眠検査申込書)

(検査のみ・検査及び結果説明(CPAP導入))

北柏リハビリ総合病院 医療連携室行き

所在地

依頼内容に該当する部分に○をお願い致します。

FAX 04-7169-8000

希望日を3つご記入ください。

関係名

※その場でわからない場合、後日、患者様へ直接、北柏リハビリ総合病院医療連携室からTELさせていただきます。予約状況によっては、希望通りにならない可能性もあります。

内科

検査担当 先生

予約希望日をご記入ください

希望 ① 1月 23日 (木)

医師名

希望 ② 1月 24日 (金)

希望 ③ 1月 30日 (木)

(予約日は日曜・祝日以外、日曜・祝日は)

※ご希望通りにご予約が取れない場合

予約が取れましたら、北柏リハビリ総合病院医療連携室で入院日を入力し、FAXにてお知らせ致します。

予約が取れた日時(検査日)

保険証添付欄

入院日 2021年 1月 23日(木)

※必ず、保険証のコピーを添付して下さい。

※この用紙に必要事項をご記入の上、FAXして下さい。

北柏リハビリ総合病院受診歴

(有  無 )

北柏リハビリ総合病院登録番号

ID:

フリガナ

キタカシワ タロウ

生年月日

明・大

48年 10月 1日(40歳)

患者氏名

北柏 太郎

昭・平

男

住所

〒277-0004

柏市柏下265

連絡先(自宅)

〇〇-△△△△-□□□□

女

連絡先(携帯)

〇〇〇-△△△△-□□□□

### 検査内容 : 終夜睡眠ポリグラフ(1泊2日)

臨床診断・主訴

簡易検査結果

眠剤指示(不眠時)

わかる範囲でご記入ください。

AHI

身長 cm

ODI %

薬剤名: マイスリー5mg

体重 kg

検査結果をご記入

腹囲 cm

アルコールかぶれ  有  無

テープかぶれ  有  無

その他 有  無

現在のADL(下記に○)

わかる範囲でご記入ください。

わかる範囲でご記入ください。

【車いす】 不要  必要

【麻痺】 無し  有り(右  左 )

【認知症】 無し  有り

【視力】 見える  見えない(右  左  両方 )

【聴力】 聞こえる  聞こえない(右  左  両方 )