

睡眠時無呼吸症候群検査（簡易・精密）依頼書

医療法人積仁会 島田総合病院
内科外来 宛

(TEL) 0479-22-5401 (FAX) 0479-23-3613

【予約受付時間】

(月～金曜) 10時～12時／14時～16時
(土曜) 10時～12時

依頼元医療機関名	
医 師 名	
TEL	
FAX	

カナ		性別	生 年 月 日			
患者氏名	様	男・女	昭・平・令	年	月	日生 () 歳
住 所			連絡先	(自宅)	-	-
			(携帯)	-	-	

臨床症状

主訴・症状 ※該当項目にチェック	<input type="checkbox"/> いびきが大きい <input type="checkbox"/> 日中の眠気 <input type="checkbox"/> 夜間の呼吸停止 <input type="checkbox"/> 起床時の頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 症状がない <input type="checkbox"/> その他
身 長	cm
体 重	kg
簡易検査実施履歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (実施日: 令和 年 月 日 AHI: 回/h)
既往歴・合併症	
内服薬	

依頼内容

- 終夜睡眠ポリグラフィー（携帯用装置） 簡易検査
- 終夜睡眠ポリグラフィー（入院精密検査 1泊2日）

希望検査時期

- できるだけ早く ____月頃 特に希望なし

依頼医師コメント