**睡眠時無呼吸症　診療情報提供書**

　　年　　月　　日

歯科医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称

歯科診療所名医療法人社団 河底歯科・矯正歯科 　　　　　　　　　　　　　科

所在地　広島県福山市三吉町２丁目１４－８　　　　　　　Tel　　　　　　　　　（内線：　　　　　　）

Tel　084-931-0041　　　Fax　　084-931-0093　　　 　　　　　　　　 　　　Fax

　 河底　晴紀 先生侍史　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　男  女 | | 生年月日（明・大・昭・平・令）  年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 患者住所　　〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　－　　　－　　　）  　　　　　　県　　　　市郡村　　　　町 | | |
| 傷病名 | □睡眠時無呼吸症  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 紹介目的 | □口腔内装置による治療を希望する  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| リスク因子 | □糖尿病　□高血圧　□高脂血症　□喫煙（ 過去 ・ 現在 ）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 既往歴及び家族歴 |  | |
| 服用中のお薬  アレルギーの有無 | あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　なし  あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　なし | |
| 検査結果 | 添付資料（　 あり ／ なし 　）  □終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG）結果　□採血結果　□心電図　□レントゲン  □CT画像　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 現在までの症状  及び治療経過 |  | |
| 現在の処方 |  | |
| その他  注意事項 |  | |