**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 |  |