

令和 年 月 日

紹介状（診療情報提供書）

【紹介先】 〒273-0132 千葉県鎌ヶ谷市栗野594番地  
TEL047-445-6411  
東邦鎌谷病院 耳鼻咽喉科 行

【紹介元】 医療機関の住所、名称、電話番号、医師氏名等

(ふりがな)

患者氏名 殿 性別（男・女）  
患者住所 電話番号  
生年月日 年 月 日 ( )歳 職業

【病名】 睡眠時無呼吸症候群の疑い

【合併症】

【紹介依頼内容】 ※□にチェックをお願いいたします。

簡易検査から終夜睡眠時ポリグラフィー（PSG）検査までを依頼

終夜睡眠時ポリグラフィー（PSG）検査のみ依頼

（検査結果は紹介元へ郵送、紹介元で結果説明）

※簡易検査の数値をご記入下さい（AHI： ）

検査からCPAP継続管理まで全て依頼

検査及びCPAP導入後、安定するまでの間（約3～6ヶ月）東邦鎌谷病院で行い、  
その後の治療管理は当院（紹介元）にて実施

その他（以下余白へご記入をお願いいたします）

※簡易検査又はPSG検査実施されている患者様は結果のコピー等頂けると大変助かります。

【現在の処方、その他】 ※処方箋のコピー等でも結構です。