

## 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 <span style="color: red; font-size: small;">※該当項目にチェック</span>	<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"/> 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