神戸大山病院　地域連携室宛　FAX:078-578-0348

神戸大山病院　睡眠時無呼吸検査(PSG)依頼書

【紹介元医療機関】

医療機関名			
住所			
紹介医			
TEL		FAX	

【患者情報】

氏名		生年月日	西暦　　年　　月　　日		
		年齢	歳	性別	男 ・ 女
住所	〒				
電話	固定		携帯		

【神戸大山病院での実施をご希望される事項】

☐ **PSG検査のみを行う　※簡易検査が未実施であれば、まず自宅にて簡易検査が必要です。**

・PSG検査のみ行い、紹介元医療機関にて結果説明、その後の治療(CPAP治療等)を行う。

☐ **検査、CPAP・導入、慣れるまで管理**

・導入後、「マスク・圧調整」を重ね、問題がなくなり次第、紹介元医療機関にて管理

☐ **検査からCPAP管理まで全て行う**

・検査・導入・管理まで全て継続して神戸大山病院にて行う

＜CPAPメーカーのクリニックご希望＞

☐ TEIJIN　☐ PHILIPS　☐ フクダ電子

☐ 神戸大山病院にご一任いただく　☐ その他(　　)

【検査予約から結果報告までの流れ】

検査依頼
- 依頼書等をFAX

検査日決定
- 予定表を当院よりFAX返信

入院
- 18時頃来院・入院

退院
- 検査機器取り外し後に退院

結果説明
- 当院または紹介元医療機関にて結果説明

入院は月曜～土曜です

【FAX送信いただく書類】

①依頼書（本紙）

②入院確認書

③診療情報提供書

④簡易検査結果報告

社会医療法人社団 正峰会　神戸大山病院

2025年5月作成