神戸大山病院　地域医療連携課宛　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検査を行い患者様に当院にて結果説明後、紹介元医療機関にてその後の治療（CPAP治療等）を行う。

☐ **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、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～金曜です

【FAX送信いただく書類】

①依頼書（本紙）

②入院確認書

③保険証（コピー）

④診療情報提供書

⑤簡易検査結果報告