

診療情報提供書

(OSAS紹介用紙 歯科→医科)

令和 年 月 日

紹介先医療機関
診療科
先生

紹介元医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名
印

平素より大変お世話になっております。

下記患者様について貴科的御高診・御加療のほど、宜しくお願い致します。

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

傷病名	睡眠時無呼吸の疑い		
合併症	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 扁桃肥大 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> その他 ()		
紹介目的	所見より睡眠時無呼吸症候群が疑われるため、精査・加療をお願いします。		
症状	<input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 昼間の眠気 <input type="checkbox"/> 夜間の覚醒 <input type="checkbox"/> 睡眠中の無呼吸 <input type="checkbox"/> 起床時の頭痛 <input type="checkbox"/> 熟睡感の欠如 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 集中力の低下 <input type="checkbox"/> 起床時の口渇 <input type="checkbox"/> その他 ()		
ESSスコア	合計_____点		
口腔内状況からOA作製の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難		
困難理由	<input type="checkbox"/> 現在歯数が少ない <input type="checkbox"/> 歯周病が進行 <input type="checkbox"/> 顎関節症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考			