

診療情報提供書
(OSAS医科歯科連携用紙)

令和 年 月 日

紹介先医療機関	紹介元医療機関名
診療科	所在地
	電話番号
	FAX番号
先生御侍史	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、よろしくお願い致します。

医科より歯科

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	睡眠時無呼吸症候群		
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	睡眠時無呼吸症候群のOA作製の御高診御加療をお願いいたします		
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		
PSG結果	実施日： 令和 年 月 日 結果：AHI _____		
備考			

香川県医科歯科連携事業

返書 (FAXにて返信お願い致します)

歯科より医科

受診日	令和 年 月 日に受診しました
経過	<input type="checkbox"/> OA作製します <input type="checkbox"/> OA作製できません (理由：) <input type="checkbox"/> その他 ()