

該当する項目は漏れなく記入・○印をお願いします。

1. 氏名	カルテ番号 ()				性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 昭和 平成 令和	年 月 日
2. 傷病名	睡眠時無呼吸症候群 睡眠時無呼吸症候群疑い		治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		転帰	☐ 全治 ☐ 治療中 ☐ 経過観察中 ☐ 転院 ☐ その他 ()
3. 入院	年 月 日 ～ 年 月 日				入院回数	☐ 初回 ☐ 2回以上 (回目) 10. 罹患歴も記入してください	
4. 前医・ 紹介医	☐ 無 ☐ 有	傷病名	医療機関名	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
5. 既往歴	☐ 無 ☐ 有	傷病名	医療機関名	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
6. 初診時 詳細	発症から受診までの経過、受診経緯、前医紹介内容、初診時主訴						
7. 入院経緯 詳細	①	在宅簡易検査施行		☐ 無 ☐ 有 ⇒「有」の場合、	検査日： 年 月 日	検査結果：(AHI) ____ 回/時	
	②	3.の入院契機		☐ 医師指示 ☐ 患者希望	③	3.の入院目的 ☐ 検査 ☐ 治療	
	④	3.の入院に至った経緯・目的の詳細					
8. 検査・ 治療	①	『睡眠時無呼吸症候群』の診断確定有無		☐ 無 ☐ 有 ⇒「有」の場合、	診断確定日： 年 月 日		
	②	上記診断（判断）根拠		・検査日： 年 月 日 ・検査内容 ☐ 終夜睡眠ポリグラフィー ☐ その他 ()	・検査結果：(AHI) ____ 回/時 ・重症度 ☐ 正常 ☐ 軽症 ☐ 中等症 ☐ 重症		
	③	病名告知		本人： 年 月 日頃に 病名 () と告げた			
	④	患者様への結果・病状、治療方針（経過観察、マウスピース作成要否、CPAP 治療要否など）にかかると説明内容の詳細		・ご説明日： 年 月 日 ・他院への紹介： ☐ 無 ☐ 有 ⇒「有」の場合、 医療機関名： ・ご説明内容詳細（経過観察、マウスピース・CPAP 治療の要否、他院への紹介内容など）： ()			
	⑤	入院中の治療の有無		☐ 無 ☐ 有 ⇒「有」の場合、実施された治療内容： ☐ 手術 ☐ マウスピース治療 ☐ CPAP 治療 ☐ その他 ()			
9. 発病 時期	貴院診断病名の発病時期と判断理由	①	傷病発生年月日	年 月 日 (頃)			
		②	①の判断理由				
10. 罹患歴	3.の入院以前の『睡眠時無呼吸症候群』の診断有無 ※「有」の場合、診断から3.の入院までの経過を記入してください	①	3.の入院以前の診断確定有無	☐ 無 ☐ 有 ⇒「有」の場合、	診断確定日： 年 月 日		
		②	①の診断確定から3.の入院までの経過				
病院（診療所）名・診療科				上記のとおり証明（診断）します。		年 月 日	当診断書料金
所在地				医師名		印	金 _____ 円
電話番号							※税込