

睡眠時無呼吸症候群専用診断書

1. 氏名	カルテ番号 ()		性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 全治 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 経過観察中 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> その他 ()
3. 入院	年 月 日 ~ 年 月 日		入院回数	<input type="radio"/> 初回 <input type="radio"/> 2回以上 (回) 10. 罹患歴も記入してください			
4. 前医・紹介医	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	傷病名	医療機関名	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
5. 既往歴	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 医師指示 <input type="radio"/> 患者希望	③	3.の入院目的	<input type="radio"/> 検査 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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	・検査結果:	(AHI) ____ 回/時	・検査内容	<input type="radio"/> 終夜睡眠ポリグラフィ <input type="radio"/> その他 ()
	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)にかかるとご説明内容の詳細	・ご説明日: 年 月 日 ・他院への紹介: <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒「有」の場合、実施された治療内容:	<input type="radio"/> 手術 <input type="radio"/> マウスピース治療 <input type="radio"/> CPAP治療 <input type="radio"/> その他 ()			
	※上記で手術に○をした場合	手術種類: <input type="radio"/> 直視下 <input type="radio"/> 内視鏡下 <input type="radio"/> 喉頭直達鏡下	手術名:	手術日: 年 月 日			
9. 発病時期	①	貴院診断病名の発病時期と判断理由	傷病発生年月日	年 月 日 (頃)			
	②	①の判断理由					
10. 罹患歴	①	3.の入院以前の「睡眠時無呼吸症候群」の診断有無	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒「有」の場合、	診断確定日:	年 月 日		
	②	※「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					
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				金 _____ 円	
電話番号						※税込	

該当する項目は漏れなく記入・○印をお願いします。