|  |
| --- |
| **診 療 情 報 提 供 書****（睡眠歯科医療連携用）**年　　　月　　　日紹介先医療機関：　紹介元医療機関：住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歯科医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者氏名 |  | 性別 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 (　　　歳) | 職業 | 　　　 |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 傷病名 | □閉塞性睡眠時無呼吸疑い　　□いびき　　□睡眠関連ブラキシズム　　□OA不適合□OA作製後（□新規　□nCPAP療法との併用　□nCPAP療法より変更）□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 紹介目的 | □結果報告　□睡眠検査施行依頼　□OA調整後効果判定依頼　□その他（　　　　　　　） |
| 既往歴 |  |
| 現病歴 |  |
| 現症及び治療経過 |  |
| OA装着状況 | □装用回数：　　　回/週　□使用時間：　　　時間/日　　□nCPAP療法との併用（□交互装用　□同時装用） |
| 自覚症状及び他覚的症状の改善 | 自覚症状（　　　　　　　　　　　　　　　）　改善：□有　□無　□不明他覚症状（　　　　　　　　　　　　　　 ）　改善：□有　□無　□不明　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| OA調整サマリー | 形態：□一体型　□分離型　材質：□ソフト　□ハード　最大下顎前方移動量：　　mm　初回設定顎位：　　　mm（　　　%）　再調整顎位：　　　mm（　　%）下顎前方移動量の増加：□可　□不可 |
| 持参資料 | □無□有　　□睡眠検査（□OCST　□PSG）　□画像検査（□セファロ　□CT　□その他） |
| 通院・検査日程 | 次回再診：　　か月後　　定期通院：　　か月毎　　睡眠検査依頼：　　か月毎 |

日本睡眠歯科学会 2025年 第１版