|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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）  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　　□いびき　　□睡眠関連ブラキシズム　　□OA作製後 | | |
| 紹介目的 | □OA作製依頼（□新規　□nCPAP療法との併用　□nCPAP療法より変更）  □OA調整依頼　□睡眠関連ブラキシズムに対する治療依頼　□OA定期フォローアップ依頼 | | |
| 既往歴 |  | | |
| 合併症 | □高血圧　□糖尿病　□肥満症　□脳血管障害　□nCPAP療法（□継続中　□中止）  □耳鼻科疾患（　　　　　　　　　　　）　□循環器科疾患（　　　　　　　　　　　　）  □精神科疾患（　　　　　　　　　　　）　□呼吸器科疾患（　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　）　□なし | | |
| 現症及び  治療経過 |  | | |
| 現在の処方 |  | | |
| 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　　　次回睡眠検査：　　　か月後 | | |

日本睡眠歯科学会 2025年 第１版