

睡眠時無呼吸低呼吸スクリーニング・ホルター心電図検査依頼書

※太字は必須

施設名 \_\_\_\_\_ 検査依頼日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

フリガナ  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女 \_\_\_\_\_

I D \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_ 科 指示医 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

※身長と体重は必ずご記入ください

主訴  いびき  日中の眠気・集中力低下  熟睡感の無さ \_\_\_\_\_

睡眠中に呼吸が止まっていると言われた事がある \_\_\_\_\_

動悸  胸痛  めまい・意識消失  脈の乱れ \_\_\_\_\_

診断名(合併症も含む、既往歴)  高血圧症  糖尿病 \_\_\_\_\_  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

使用中の薬剤 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

※SAS-3200 で今回使用したセンサを○印 エアロフローセンサ ・ カニューレ

SP02 プローブ ・ 胸郭呼吸センサ胸用 腹用 ・ いびきセンサ ・ 体位センサ

その他連絡事項 \_\_\_\_\_