＿＿＿年＿＿月＿＿日

睡眠障害診療情報提供書

紹介先医療機関名：国立精神・神経センター病院　　睡眠障害外来担当医殿

医療機関名：
TEL:　　FAX:
住所：
医師名：

患者氏名
患者住所　　性別　男　女
電話番号
生年月日　M・T・S・H　　年　月　日（　　歳）　　職業

1. 睡眠障害　（該当するものに○をつけてください．複数可）

ⅰ. 不眠症
ⅱ. 過眠症
ⅲ. 睡眠時無呼吸症候群
ⅳ. ムズムズ脚症候群/周期性四肢運動障害
ⅴ. 睡眠関連行動障害
ⅵ. 概日リズム睡眠障害
ⅶ. その他［　　］

2. 既往歴および現在治療中の疾患

♦薬物アレルギー　□無　□有（　　）　♦感染症　□無　□HCV　□HBV　□HIV

3. 紹介目的

ⅰ. 精査　ⅱ. 加療

［特記事項（無呼吸簡易モニター・パルスオキシメーターの所見など）］

4. 症状・治療経過

5. 現在の処方内容

6. 備考