

診療情報提供書

紹介先医療機関等名_____

担当医_____歯科_____先生御机下

令和____年____月____日

紹介元医療機関の所在地及び名称：

電話番号：

歯科医師名：

患者氏名	_____様
患者住所	_____性別 男・女
電話番号	_____
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）職業

傷病名： 睡眠時無呼吸症候群の疑い

紹介目的： 標記疾患の精査・加療願い

平素より大変お世話になっております。 患者様は歯ぎしりの治療目的で当院に通院中です。日中の著しい眠気やいびきがあるとのことで、口腔内には歯ぎしりによる歯の摩耗も認められました。これらの所見から睡眠時無呼吸症候群(OSAS)の疑いがあり、精査加療のため貴科へご紹介申し上げます。貴科にて睡眠検査による詳細評価を行っていただき、必要に応じた治療(CPAP 療法等)をご検討くださいますようお願い申し上げます。なお、結果次第では当科での口腔内装置作製も検討いたします。何卒よろしくお願い申し上げます。

既往歴及び家族歴：

病状経過及び検査結果：

治療経過： 現在、歯石・歯垢除去を伴う口腔衛生管理と、咬耗が著しいことからナイトガードを作製し使用していただいております。

現在の処方：

備考：