

〒

貴医療機関名

住所：

\_\_\_\_\_

睡眠プライマリケアクリニック

先生のご氏名

\_\_\_\_\_先生御侍史

睡眠専門外来          ご担当先生

～ 睡眠プライマリケアクリニックは睡眠障害に専門特化したクリニックです ～

**診 療 情 報 提 供 書**

睡眠プライマリケアクリニック標準様式

患者様の氏名	
生年月日・性別	年      月      日      （男性・女性・その他）
主訴	<div><input type="checkbox"/> 夜眠れない</div> <div><input type="checkbox"/> 朝起きられない</div> <div><input type="checkbox"/> 夜に脚や体のむずむず・痛みがあり眠りにくい</div> <div><input type="checkbox"/> 十分な時間眠っていても昼間の眠気が強い</div> <div><input type="checkbox"/> 睡眠中に異常行動がある（体が動く、物を食べるなど）</div> <div><input type="checkbox"/> 中途覚醒</div> <div><input type="checkbox"/> 悪夢</div>

	<div><input type="checkbox"/> 睡眠麻痺（金縛り）</div> <div><input type="checkbox"/> その他（_____）</div>
病歴  ※簡潔で構いません 患者背景・基礎疾患等が あればご教示ください	
内服薬	

患者様にこちらの診療情報提供書を手渡し、当院初診時に持参するようにお伝え下さい。  
（貴院所定の診療情報提供書がある場合には不要です。）