

診療情報提供書(紹介状)

令和 年 月 日

大阪大学医学部附属病院  
神経科・精神科  
睡眠外来担当医 あて

医療機関名  
所在地

電話 fax

医師名 印

患者氏名		生年月日	平・令	年	月	日生
		性別	男・女		(	歳 月)
患者住所						
【傷病名・主訴】						
【病状の経過、検査結果、これまでの治療経過(精神障害についての経過も含む)】						
【紹介目的】						
【既往歴・家族歴】						
【睡眠に関する事項】						
① 睡眠・覚醒パターン(就寝・起床時刻、平均睡眠時間、午睡の有無)						
② その他(日中の眠気・居眠り、いびきや睡眠中の呼吸停止、悪夢やそれに伴う行動など)						
③ 下記については診療対象外になりますので確認をお願いします。						
・生活習慣の乱れによる不眠や起床困難である。( はい・いいえ )						
・精神障害による不眠や過眠である。( はい・いいえ )						
【現在の処方】						