●御紹介下さる先生方へ

当院では以下の流れで紹介患者様の受け入れを実施しております。
以下の内容をご確認の上、ご紹介ください。

①予約事前受付

当院へ受診の際、電話にて事前に予約をお願いします。

②経過報告

ご紹介いただきました患者様につきましては、当院より経過報告を必ず行います。

●御紹介頂いてから結果の御報告までの流れ

①貴院（紹介元）にて当院の案内（２ページ目）を患者様にお渡しください。

②紹介状（３ページ目）を記載頂き、患者様へお渡し下さい。
※紹介状を持参のうえ患者様が当院を受診。

③貴院へ検査結果を御報告させて頂きます。（郵送）

もりやスリープクリニックを受診される方へ

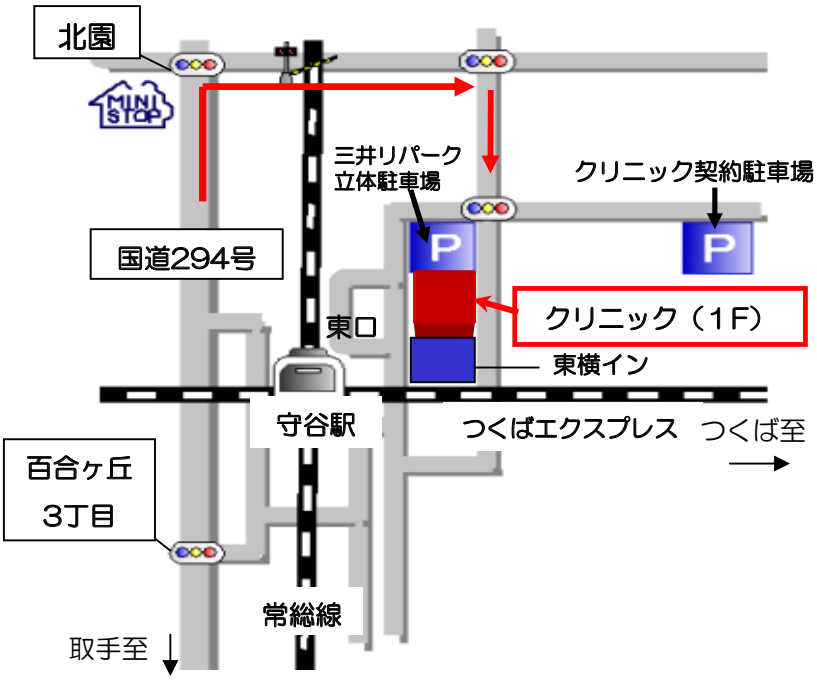
睡眠時無呼吸症候群（SAS）について

睡眠時無呼吸症候群（SAS）は、睡眠中に呼吸が止まったり弱くなったりする病気です。
いびきがあれば睡眠時無呼吸症候群と言う訳ではありませんが、寝ている間にいびきが頻回な場合は要注意です。
最近では高血圧、高脂血症や糖尿病などを合併し、心疾患を併発する可能性が高いことがわかってきています。

◆検査の流れ、検査費用については、ホームページを御覧下さい。

ホームページ：http://www.moriyasleep.jp

アクセスマップ



◆**お車**をご利用の場合
取手方面より**国道２９４号線**の「**北園**」交差点を**右折**し、踏切を渡って**最初の信号を右折**。
※三井リパーク立体駐車場（1時間無料）
※クリニック契約駐車場あり（無料）

◆**電車**をご利用の場合
守谷駅**東口**を出て徒歩２分

診療案内

診療時間	月	火	水	木	金	土
午前（10:00～13:00）	/	●	●	●	●	●
午後（15:00～18:30）	/	●	●	●	●	●

※休診日：日・月・祝日

携帯用ホームページ

TEL　０２９７－２１－０８４０
〒302-0115　茨城県守谷市中央二丁目16番地１　アワーズもりや1F

令和　　年　　月　　日

紹　介　状（診療情報提供書）

【紹介先】〒302-0115　茨城県守谷市中央二丁目 16 番地 1　アワーズもりや 1 F
TEL：0297－21－0840　　FAX：0297－21－0844

もりやスリープクリニック　行

【紹介元】医療機関の住所、名称、電話番号、医師氏名等（ゴム印等をご利用ください）

（ふりがな）
患者氏名　　殿　　性別　（男・女）
患者住所　　電話番号
生年月日　明・大・昭・平・令　年　月　日（　　）歳　職業

【病名】睡眠時無呼吸症候群の疑い

【合併疾患】

【紹介依頼内容】＊依頼項目に☑をお願い致します。

☐ 簡易検査から終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）検査まで依頼
☐ 終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）検査のみ依頼
　＊簡易検査の数値をご記入ください（AHI　　）
☐ 検査から CPAP 継続治療管理まで全て依頼
☐ 検査及び CPAP 導入後、安定するまでの間（約 3 ヶ月）「もりやスリープクリニック」で行い、その後の治療管理は当院（紹介元）にて実施
☐ CPAP 導入済み患者様の外来管理依頼
　CPAP 導入日：　　年　　月　　日
　CPAP 導入前 AHI：　　CPAP 導入後 AHI：

【現在の処方（処方薬等）、その他】＊処方箋のコピー等でも結構です。