

# ご紹介くださる医療機関さまへ

主治医の先生方からの紹介状のご依頼に沿った診療をいたします。

- ◇終夜睡眠ポリグラフィー(PSG)検査のみご依頼
- ◇検査から CPAP 治療管理まで、すべてのご依頼
- ◇検査・CPAP 治療が安定するまでのご依頼
- ◇再評価検査のご依頼
- ◇CPAP 装着下での PSG 検査(タイトレション PSG 検査)のみご依頼
- ◇CPAP 装着下での PSG 検査(タイトレション PSG 検査)、  
当院にて結果説明および設定変更など治療が安定するまでのご依頼

現在 CPAP 治療を行っている患者さまの CPAP の保険算定は、引き続き貴院の方で継続算定をお願いします。

などなど

お困りの事がありましたら、なんなりと当院にご依頼ください。

先生方のご負担を減らすために、当院への紹介状のひな型(4 ページ目を参照ください)をご用意いたしましたのでぜひご利用ください。

現在 CPAP 治療を行っている患者さまの CPAP の保険算定は、引き続き貴院の方で継続算定をお願いします。

## ご紹介の流れ

### 予約受付

当院へ受診予約のお電話いただけるよう患者さまにお伝えください。

### 経過報告

検査予定日のご報告・検査結果など、ご依頼に沿った経過報告をいたします。



- ① 貴院にて当院の案内 (2・3 ページ目) を患者さまへお渡しの上、電話にてご予約を取るようお伝えください。
- ② 紹介状 (4 ページ目) を記載頂き、患者さまへお渡しください。  
※紹介状を持参の上、患者さまが当院を受診
- ③ 貴院へ検査結果をご報告させていただきます。

# 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は眠り出すと呼吸が止まってしまう病気です。呼吸が止まると血液中の酸素濃度が低下するため、目が覚めて再び呼吸し始めますが、眠り出すとまた止まってしまう。

これを一晩中繰り返すため、深い睡眠がまったくとれなくなり、日中に強い眠気が出現します。酸素濃度が下がるため、これを補うために心臓の働きが強まり、高血圧となります。酸素濃度の低下により動脈硬化も進み、心筋梗塞や脳梗塞を起こしやすくなります。さらに睡眠不足によるストレスにより、血糖値やコレステロール値が高くなり、さまざまな生活習慣病やメタボリック・シンドロームがひきおこされます。放置していると怖い病気のひとつです。

（厚生労働省 e-ヘルスネットより一部抜粋）



## 受診の流れ

① お電話にて来院ご予約をお取りください。

当院は完全予約制の為、お電話でご予約を承っております。

② ご予約の日時に来院ください。

紹介状と保険証としてご使用できるもの（マイナ保険証・資格確認書など）をお持ちください。

## 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



WEB サイトはこちらから  
<https://www.moriyasleep.jp>

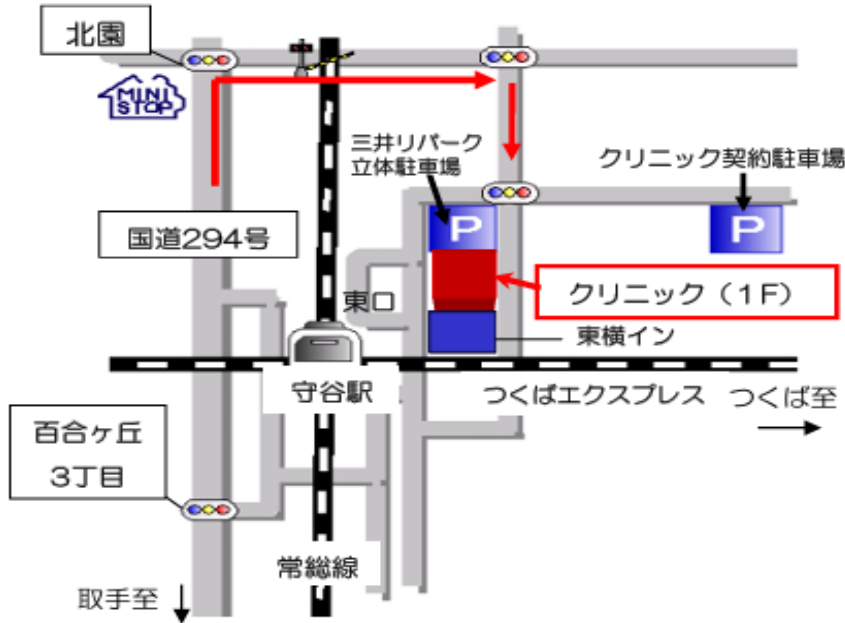
TEL 0297-21-0840

〒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

★検査の流れ、検査費用、駐車場について、ホームページに詳しく記載しておりますので  
ご覧に頂けましたら幸いです。

もりやスリープクリニックで検索、上記 QR コード読み取りからもご覧いただけます。

## ■ 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



メモ欄 (予約日のご記入などにご利用ください)

受診予約日：        月        日 (        )        時        分

備考：

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 | アワーズもりや | 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。
<input type="checkbox"/> 簡易検査から終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）検査までを依頼
<input type="checkbox"/> 終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）検査のみ依頼（検査結果は紹介元へ郵送、紹介元で結果説明） *簡易検査の数値をご記入ください（AHI：                    ）
<input type="checkbox"/> 検査から CPAP 継続治療管理まで全て依頼
<input type="checkbox"/> 検査及び CPAP 導入後、安定するまでの間（約3～6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
<input type="checkbox"/> 患者さまがダイエットなど行ったため CPAP 終了可能か否かの検査依頼（検査結果は紹介元へ郵送）
<input type="checkbox"/> タイトレーション PSG 検査のみ依頼 [CPAP の保険算定は当院（紹介元）で継続して算定] <input type="checkbox"/> 検査結果は当院（紹介元）へ郵送、当院（紹介元）で結果説明および機器の設定変更を行う予定。 <input type="checkbox"/> もりやスリープクリニックで結果説明および機器設定変更などを行い、状態が安定した後に当院（紹介元）で CPAP 継続治療を行う予定。

※簡易検査もしくは PSG 検査の結果のコピー等をいただくと大変助かります。

【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。
------------------------------------