

睡眠認知療養指導外来 紹介シート（医療者用）Ver1

※紹介受診までに名古屋第二赤十字病院へFAXをお願いいたします。

名前： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 性別：男・女

生年月日： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

既往歴：

内服薬：名前と投与量も記載をお願いします。（お薬手帳のコピーも可）

■最近調整した薬剤

増量薬： \_\_\_\_\_

減量薬： \_\_\_\_\_

すでに試して中止した薬剤： \_\_\_\_\_

■睡眠認知療養指導外来に依頼する内容（自由記載）

（ \_\_\_\_\_ ）

最後に下記項目について実施いただいたことを確認し□にチェックをお願いします。

睡眠認知療養指導外来への紹介について本人・家族の同意あり

問診票を本人・家族にお渡し当日持参するよう依頼した