

記入見本

C-PAP給付事業 診療申込書

作製した日を記入→

令和 5 年 4 月 1 日 現在

| | | | |
|-----------------|---|-----------|----------|
| 保険証情報 (右詰で記入) | | フリガナ | ミツビシ タロウ |
| 資格情報のお知らせ 記号 | 9 9 9 9 | 受診者 氏名 | 三菱 太郎 |
| 番号 | 1 2 3 4 5 6 7 | | |
| 所属事業所名 | 〇〇〇〇株式会社 ←所属されている会社名 | | |
| 住所 | 〒 (999 - 0000) 電話番号 (000 - 1234 - 5678) 〇〇県□□市△△1 - 2 - 3 ※集合住宅等は部屋番号まで記載する ※医療機関からの連絡や機材等の発送に必要なため、正確に記載下さい。 | | |
| メールアドレス | 〇〇〇〇 @ △△△△. × × .jp | | |

新規で診療申し込みをする方

申込区分 (該当するものにチェック印をつける)

- ☒ ① 健保主催のSASスクリーニング検査を受検しAHIが20以上
【添付書類】・検査機関から送付された結果票の写し
- ☐ ② 過去1年以内に医療機関等で実施したSAS検査でAHIが20以上
【添付書類】・医療機関で発行した検査結果の写し
- ☐ ③ 別の医療機関でC-PAP治療を受けていて、本事業に参加する
【添付書類】・医療機関が発行した診療情報提供書 (別紙)

本事業に申し込むにあたって、以下の事項をご確認ください。

(了承いただけない場合は参加できません)

- 毎月自己負担額 (3000円) の支払が発生します。
(医療機関へ直接お支払いいただきます)
- 医療機関からの指示を順守していただきます。

(上記③で申し込む方)

- 既存のC-PAP機材は継続して使用できません。(ご自身で返却していただきます)
- 睡眠時無呼吸症候群以外の傷病についての診察及び投薬は受けられません。

左の内容をご確認いただき
ご理解いただいたうえで
↓に署名をお願いいたします。

上記事項を確認いたしました。 受診者氏名 (自署)

三菱 太郎

新規で申し込み場合はこの欄は記入しません。

【個人情報の提供について】

本申込書に記載された内容 (個人情報を含む) はゆみのクリニック渋谷桜丘 (医療法人社団ゆみの) に提供致します。
また、本申込書の提出により、個人情報の提供に同意いただいたものと致します。
なお、ゆみのクリニック渋谷桜丘においては、厚生労働省規則により守秘義務扱いとなり厳重に管理されます。

診療情報提供書

三菱自動車健康保険組合 御中

ゆみのクリニックス渋谷校③で参加する御机下

申込区分③で参加する場合は、この用紙を使用してください。

(医療機関に作成を依頼してください。)

保険医療機関

所在地

名称

保険医氏名

印

| | | | |
|---------------|---------------------|--------------|----------------------------|
| 受診者情報 | 氏 名 (生年月日 年 月 日) | | |
| これまでの 治療経過 | | | |
| 診断 PSG 実施日 | 年 月 日 (実施時 AHI) | 使用機器の 設定圧 | CPAP 圧 : 呼気リリース : |
| CPAP 使用開始日 | 年 月 日 | マスク パターン | メーカー : 種 類 : サ イ ズ : |
| 診断時 AHI | | | |

＜ご担当医へお願い＞

当健保組合が実施する SAS 治療における CPAP の処方、被保険者への直接給付事業となります。

制度上、SAS 以外の傷病に関する給付を行うことができませんので、SAS 以外の傷病への加療・投薬は貴院にて継続していただくようお願い申し上げます。