

CPAP紹介記載についての必要事項のお願い

紹介状(一般的な)に以下を網羅するように盛り込む、もしくは紹介状+以下の穴埋めを確実に行っていただけると転医が円滑に進みます。一度で済むように御協力を宜しくお願い致します。

レセプト「摘要」欄には次の項目を記載することとされています。なお、記載もれがある場合には受け入れができない場合があります。ご注意ください。

(1)初回の指導管理を行った月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日【必須】

(2)直近の無呼吸低呼吸指数 _____ (AHI 数)【必須】

(3)睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日【必須】

この時の無呼吸低呼吸指数【必須】・所見:

(_____)

(所見例:鼻口部の換気が10秒以上停止の状態が1時間あたり5回以上出現する。無呼吸低呼吸指数は45.1であった、など)

(4)当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見、並びに2カ月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合はその理由

理由(_____)

理由記載例:CPAPをつけての睡眠で呼吸停止が解消し、自覚症状も改善されている。日中の傾眠など日常生活の支障が軽減するため、継続治療を行っている。

。