

日付 (英文)

TO: 販売業者名と連絡先

## Prescription of CPAP Treatment

To whom it may concern,

I have prescribed nasal CPAP (continuous positive airway pressure) treatment for following patient.

Patient Name: 患者名 (英文) \_\_\_\_\_

Patient Contact Information: 患者の連絡先 (英文) \_\_\_\_\_

Gender: Male / Female

Age: (患者の年齢) \_\_\_\_\_

Diagnosis: Obstructive Sleep Apnea Hypopnea Syndrome など疾患名 (英文)

Diagnosis Date: (診断時の日付) \_\_\_\_\_

(今まで CPAP を使用していた場合) \*The patient has been on on CPAP treatment since 治療開始の日付.

BMI \_\_\_\_\_ 血圧 \_\_\_\_\_ ESS \_\_\_\_\_ 服用している薬など必要あれば記載

### CPAP Settings:

CPAP / APAP mode

(CPAP モードの場合) setting pressure: XX cmH2O

(APAP モードの場合) starting pressure: XX cmH2O, minimum pressure: XX cmH2O, maximum pressure: XX cmH2O

Ramp time: XX min

その他機種により快適機能設定等他の必要設定を記載

Please contact me with any questions regarding my findings or to fully discuss an appropriate treatment plan.

Sincerely,

担当医師のサイン

担当医師の名前 (英文) , M.D.

医師の役職 (英文)

医療機関名 (英文)

連絡先 (英文)