

睡眠時無呼吸検査 依頼伝票(FAX)

年 月 日

日本鋼管福山病院

地域連携室 行

FAX 084-945-3699

TEL 084-945-3091

FAX受付時間: 月～土曜日 8時45分～17時00分

●貴施設

ご施設名

住 所

医師氏名(診療科)

電話番号 () -

FAX番号 () -

●患者基本情報(必ずフリガナをご記入下さい)

フリガナ		性別	男・女
患者氏名	旧姓()	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)
現住所	〒		
連絡先	※自宅() -	※携帯番号()	-
当院の受診歴	無・不詳・有	→ カルテ番号	- -
患者様の状況	<input type="checkbox"/> 外来で返事を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他()		

検査目的

精密PSG (検査結果説明も日本鋼管福山病院に依頼 検査のみ依頼)

AHI ()

※身長

cm

※体重

kg

※検査着のサイズ

S M L 2L 3L

※退院日の朝食

必要 不要

※退院希望時間 (診療の流れによっては、ご希望に添えない場合もあります。)

無 有 (___時 ___分頃)

●検査希望日(精密PSGの入院時間は16時です。)

① 月 日 ()	② 月 日 ()
③ 月 日 ()	④ 月 日 ()

当日は必ず診療情報提供書をご持参のうえでご来院ください。
検査結果は、後日貴施設へ郵送いたします。