

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

受付時間: 月～土曜日 9時00分～17時00分
(7～9月の土曜日は対応不可能です)

●貴施設

ご施設名 _____

住 所 _____

医師氏名(診療科) _____

電 話 番 号 () - _____

F A X 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		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)
現住所	〒 _____ ※電話番号() - _____		
当院の受診歴	無 ・ 不詳 ・ 有 → (カルテ番号 - - 分かれば記載願います)		
※重複登録防止のため、当院の受診歴のある方で姓が変わられた方の旧姓を確認させていただいております。		旧姓	()
患者様の状況	<input type="checkbox"/> 現在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

簡易検査PSG

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 ()

※検査結果から治療の必要性があると判断された場合

貴施設で治療する 日本鋼管福山病院に治療を依頼する

※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30分です。)

①	月	日 ()	午後	②	月	日 ()	午後
③	月	日 ()	午後				

ご紹介ありがとうございました。
折り返し上記のFAX宛に「診察予約票」をお送りいたしますので、患者様にお渡しください。
受付時間を過ぎての申込は翌日の連絡とさせていただきます。ご了承願います。