

送付日 年 月 日

終夜睡眠ポリグラフ(PSG)検査入院 申込書

済生会三条病院 地域医療支援センター 行

電話番号 : 0256-33-1551(代)

FAX番号 : 0256-35-8175 (直通)

【紹介元】

医療機関名:

電話番号:

FAX番号:

【ご紹介患者様情報】

フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女	生年月日	S H 年 月 日
住 所	〒 —			電話番号	
				携帯番号	

【保険情報】 カルテ事前作成のためにご記入をお願いいたします

保険者番号								被保険者区分	本 人 ・ 家 族
記号・番号								負担割合	割
医療証負担者番号									
受給者番号									

【確認事項】

■ 検査目的について(該当箇所にチェックをお願いします)

☐ 睡眠時無呼吸症候群 診断のため

☐ CPAPフォローのため

—————→ (年 月 CPAP導入)

* 検査入院時

☐ CPAP装着する

☐ CPAP外す

■ 絆創膏でかぶれますか

(はい ・ いいえ)

■ 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定

年 月 日 実施

■ 簡易PSG

年 月 日 実施

■ 入院希望日(入院する曜日は月末日を除く月・火・水・木とさせていただきます)

※ベッド調整および資料送付のため、申込日から10日以降の希望日を記入してください

第1希望日 月 日 ()

第2希望日 月 日 ()

・折り返し予約票 を返信いたします。患者さまにお渡しください。

・FAX受付時間 … 9:00 ～ 16:30

※ 休診日、時間外のFAXについては後日のお返事となります。ご了承下さい。

R7.4 改定