

終夜睡眠ポリグラフ (PSG)検査入院 申込書

送付日: 年 月 日

送信先・お問い合わせ先

済生会三条病院

地域医療支援センター 地域医療連携室 行

電話番号 : 0256-33-1551(代)

FAX番号 : 0256-35-8175(直通)

受付時間 : 平日9:00 ~ 16:30

※上記以外の時間帯は、翌診療日以降の返信となります

ご依頼元

医療機関名:

電話番号:

FAX番号:

【基本情報】

患者氏名	フリガナ (旧姓:)		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)			
住所	〒 - (旧住所) 〒 -			
連絡先	(自宅電話番号)		(携帯番号)	
当院の受診歴	なし ・ あり		※「あり」の方は当院の患者番号をご記入ください 例) 患者番号 0000-00-0	

【保険情報】

※カルテ事前作成のため、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	負担割合	割
記号・番号					
医療証負担者番号		受給者番号			

【確認事項】

1. 検査目的	☐ 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の装着をしますか? (する ・ しない)
2. 絆創膏やテープで肌がかぶれたことはありますか?	(ある ・ ない)
3. 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	(実施日: 年 月 日)
4. 簡易PSG	(実施日: 年 月 日)
5. 検査入院希望日 (入院可能な曜日: 月末日を除く月・火・水・木のみ)	
※ ベッド調整および資料送付のため、申込日から10日以降の希望日をご記入ください	
・第1希望:	月 日 ()
・第2希望:	月 日 ()

予約日を確定し、「終夜睡眠ポリグラフ(PSG)検査入院のご案内」をFAXいたします。

内容をご確認のうえ患者さんにお渡しください。

結果の郵送につきましては3週間前後を予定しています。