

終夜睡眠ポリグラフ検査(PSG)依頼票

増子記念病院 地域医療連携室 FAX(直通)052-451-1347

依頼票 (太枠内を必ずご記入ください)

※太枠内は必ずご記入ください。また、ご不明な点がございましたら、地域医療連携室までご連絡ください。
※万一、予約確認票が届かない場合はお手数ですがご連絡ください。

医療機関名	TEL		FAX			
フリガナ			男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 才
患者氏名						
住 所	〒 -	連絡先		昼間 () -		
				夜間 () -		
身長	cm		体重	Kg		
喫煙歴	年		喫煙数	本/日		
検査 希望日	①	令和	年	月	日 ()	
	②	令和	年	月	日 ()	
	③	令和	年	月	日 ()	
備考欄						
CPAP使用の有無： CPAP機器のメーカー名： CPAP機器の設定条件：						

予約確認票(貴院用)

貴院からご紹介いただきました患者様の予約日時が決まりましたので、ご連絡申し上げます。

予約日時 令和 年 月 日 () から1泊2日

※ 依頼票と共に、診療情報提供書をFAXしてください。

※ 当日は、保険証等を持参の上、予約時間の30分前までに受付をしてください。

増子記念病院 地域医療連携室

TEL 052-451-1305 FAX 052-451-1347

(FAXは24時間受付ておりますが、17時以降・休日についてはお返事が翌診療日になる場合がありますので、ご了承ください。)