三原市医師会病院　地域医療連携室 行き（ＦＡＸ 0848-62-7505）

※送信票不要

睡眠ポリグラフ検査申込書（ＦＡＸ用）

ご希望される項目にチェックをお願いします。

|  |
| --- |
| □ＰＳＧ検査のみ医師会病院にて実施（その後の診療は貴院にて継続）  □ＰＳＧ検査・ＣＰＡＰ導入まで医師会病院にて実施（その後の診療は貴院にて継続）  □ＰＳＧ検査・ＣＰＡＰ導入とＳＡＳに関する外来管理を医師会病院にて実施希望 |
| （その他ご要望等） |

【患者様情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者様氏名 |  | 生年月日 | T・S・H　　　　年　　　月　　　日 |
| 患者様連絡先 | ≪連絡の取りやすい電話番号（携帯電話）/時間帯（可能なら平日午後）≫ | | |

【送信元】貴院名をご記入願います。

|  |
| --- |
|  |

＊こちらの**申込書**と**保険情報**をFAXにてお送りください。当院外来看護師から患者さんへ直接連絡をとり（※平日午後）、入院日程調整を行います。