

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。

<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 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。