

終夜睡眠ポリグラフ検査依頼票（診療情報提供書）

中部ろうさい病院 地域医療連携室 御中
FAX: 052-652-5716

★事前にカルテを登録するため、保険証の写しも一緒にFAXして下さい

申込日 令和 年 月 日

太枠内を必ずご記入ください

患者ID: - -

フリガナ ()

中部労災病院の受診歴 有 ・ 無
(ID: - -)

患者氏名

様

所在地
医療機関名

貴院ID:

医師氏名

生年月日 T・S・H・R 年 月 日
()才 (男 ・ 女)

TEL・FAX

電話番号

昼間 () -

入院前日の14:00~16:00に連絡させていただきます。

夜間 () -

住所 〒 -

令和 年 月 日 ()

受診希望日 令和 年 月 日 ()

令和 年 月 日 ()

基礎疾患

主要症状

- 高血圧
 糖尿病
 高脂血症
 狭心症

- いびき
 不眠
 頭痛
 胸背部痛
 昼間の眠気
 全身倦怠感
 覚醒時口渴
 慢性的な咽頭痛~咽頭刺激感
 睡眠中の呼吸停止
 睡眠中の窒息感
 めまい

検査条件

- CPAP装着 マウスピース装着 その他()

検査後の結果説明

- 希望する ① 希望日: 月 日 () ② 月 日 ()
※検査希望日の14日後以降で平日をお書き下さい。

- 希望しない(貴院にて行う) (検査結果は約2週間で紹介元へ郵送します)

付き添いの有無

家族の付き添い (有 ・ 無)

備考

回答 (貴院用)

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

検査予約日時 : 令和 年 月 日 () から1泊2日

19:30に1階救急受付にお越しください。

検査後結果説明 : 令和 年 月 日 () :

【お問い合わせ】 平日:8:15~19:30 ☎ 052-652-5950
中部ろうさい病院 地域医療連携室