

終夜睡眠ポリグラフ検査依頼票（診療情報提供書）

※ 小児など家族の付き添いが必要な方は、診察予約申込票で耳鼻咽喉科の診察をご予約ください。

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

フリガナ ()		中部労災病院の受診歴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (ID: — —)	
患者氏名		所在地 医療機関名	
貴院ID: 様			
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 ()才 (男 ・ 女)		医師氏名	
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。	TEL・FAX	
	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		
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸背部痛	<input type="checkbox"/> 昼間の眠気 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 覚醒時口渴 <input type="checkbox"/> 慢性的な咽頭痛~咽頭刺激感	<input type="checkbox"/> 睡眠中の呼吸停止 <input type="checkbox"/> 睡眠中の窒息感 <input type="checkbox"/> めまい
検査条件	<input type="checkbox"/> CPAP装着 <input type="checkbox"/> マウスピース装着 <input type="checkbox"/> その他()		
結果説明	結果説明は貴院にて患者さんへご説明いただきますようお願いいたします。 なお、検査結果は約2週間で貴院へ郵送させていただきます。		
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。

【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