



医療法人 聖光会

鷹の子病院 睡眠時無呼吸検査

(PSG) 入院専用依頼書

送信先 鷹の子病院 耳鼻咽喉科外来 代表Tel 089-976-5551 fax 089-976-5572

電話にて入院仮予約後、①～⑤欄にご記入の上、ファクス送信ください。

| | | | | |
|-----------|-------|--|--------|---|
| ① ご依頼元 | 医療機関名 | | | |
| | 医師名 | | ご連絡担当者 | 様 |
| | 電話No. | | FAXNo. | |

| | | | | | | |
|-----------------|----------|---|--------------------------------|-------|-------|--|
| ② ご依頼いただく患者様 | フリガナ | | | | 年齢 | 性別 |
| | 氏名 | 様 | | | 歳 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 生年月日 | □明治□大正□昭和□平成□令和 □西暦 | | | 年 | 月 日 |
| | 住所 | 〒 - 電話番号 () - □松山市 □ | | | | |
| | 平日日中の連絡先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 | () - お電話の繋がりがやすい時間帯 【 】 | | | |
| | 保険者番号 | | 本人・家族 | 負担割合 | 割 | |
| | 記号 | | 番号 | 資格取得日 | 年 月 日 | |

| | |
|--------------------|----------------|
| ③検査入院日 (電話仮予約日) | 年 月 日 () 入院予定 |
|--------------------|----------------|

| | | |
|--------------|---|--|
| ④ 診療依頼の意向 | (1)～(3)より 検査内容を選択し、 診療のご意向に ✓を入れて下さい | <input type="checkbox"/> (1) 初回 PSG (診断目的) 〔 <input type="checkbox"/> 治療安定まで鷹の子病院に依頼 / <input type="checkbox"/> 検査のみ依頼〕 CPAP 導入時 希望メーカー <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 帝人 <input type="checkbox"/> 他 () |
| | | <input type="checkbox"/> (2) 再 PSG |
| | | <input type="checkbox"/> (3) 治療効果 PSG (□CPAP / □手術) 〔 <input type="checkbox"/> 検査結果説明も鷹の子病院に依頼 / <input type="checkbox"/> 検査のみ依頼〕 |

| | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|
| ⑤鷹の子病院 受診歴 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ※診察券番号がわかれば右欄にご記入ください | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|

本書が当院へ届き次第、患者様へご連絡のうえ、入院案内をお送りします。