



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	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦			年	月 日
	住所	〒 - 電話番号 () - <input type="checkbox"/> 松山市 <input type="checkbox"/>				
	平日日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 () - <input type="checkbox"/> 携帯 お電話の繋がりがやすい時間帯 <input type="checkbox"/> 職場 【 】				
	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 (<input type="checkbox"/> CPAP / <input type="checkbox"/> 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。