愛心メモリアル病院　　PSG 検査予約申込書　（FAX 用）

年　　月　　日

送信先　愛心メモリアル病院
地域連携室　行
直通 FAX：０１１－７５２－８６３５
TEL：０１１－７５２－8630（直通）

発信元医療機関

住　　所
医療機関名
医師氏名
TEL
FAX

フリガナ		性別	住所	〒
患者氏名	様	男・女		
生年月日	西暦　　年　　月　　日(　　才)		電話番号	(　　)　　－

受診予約希望日　第１希望　　月　　日　　午前　　or　　午後
　　第２希望　　月　　日　　午前　　or　　午後

＊注１．安全な入院のために事前に当院を受診していただき、入院前検査・診察をおこないます。
＊注２．検査入院の日程は、診察時に患者様と直接相談の上、決定させていただきます。

以下、記入をお願いします

患者情報	身長・体重	身長：　　cm　　体重：　　kg
	検査目的	□簡易検査にて AHI＜40 のため精査希望 （主に　□OSAS　　□CSAS　　□Mix-type　　□hypopnea） □その他　（　　）
	貴院の 次回受診予定日	月　　日
	酸素投与の有無	有　・　無⇒（有の場合：　開始日時　　年　　月　　日　）

※FAX 送信の際は、当院 地域連携室までお電話（752-8630）下さいますようお願い致します。
※貴院の書式で構いませんので、**診療情報提供書を添付**して FAX 頂きますようお願い致します。
※安全な検査実施のため、患者様に対しまして事前受診をお願いしております。ご理解の程、お願い申し上げます。（何か、ご不明な点等ございましたら、ご遠慮なく地域連携室まで、ご相談ください。