

日付 年 月 日

診療情報提供書（兼）終夜睡眠ポリグラフ検査申込書

JCHO高岡ふしき病院 地域連携室 宛

貴院名：	
住所：	
電話番号：	FAX:

患者基本情報	フリガナ	
	氏名	
	性別	男 ・ 女
	生年月日	(西暦) 年 月 日
	患者住所	〒
	電話番号	
	職業	

基礎疾患	
------	--

簡易検査によるスクリーニング結果	☐ 未実施
	☐ 当院でスクリーニング検査 希望
	3% (4%) ODIまたはAHI () 回/時間 最低SPO2 () %
	※測定されている場合のみで結構です。データのコピー添付でも構いません。

依頼内容 チェックをお願いします。	☐ PSG検査のみ希望（結果は後日お送りします）
	☐ PSG検査 + 睡眠外来（結果を当院の睡眠外来で説明）
	☐ PSG検査 + 睡眠外来 結果説明（CPAP適応がある場合、当院で導入希望）

連絡事項	(その他、精密治療等希望ございましたらご記入ください)
------	-----------------------------

地域連携室へ事前のご予約をお願いいたします。

JCHO高岡ふしき病院 地域連携室

TEL 0766-44-1181 (代表) FAX 0766-44-4794

当院ホームページもご参照ください。

JCHO高岡ふしき病院

検索