

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、本票は使用せず耳鼻咽喉科外来へご紹介ください。

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 ☐ 有 ・ ☐ 無 (ID: — —)	
患者氏名		所在地 医療機関名 医師氏名 TEL・FAX	
貴院ID: 様			
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 ()才 (男 ・ 女)			
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 〒 —		受診 令和 年 月 日 () 希望日 【土日祝の 令和 年 月 日 () 予約可】 令和 年 月 日 ()	
基礎疾患		主要症状	
☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 狭心症		☐ いびき ☐ 不眠 ☐ 頭痛 ☐ 胸背部痛 ☐ 昼間の眠気 ☐ 全身倦怠感 ☐ 覚醒時口渴 ☐ 慢性的な咽頭痛～咽頭刺激感 ☐ 睡眠中の呼吸停止 ☐ 睡眠中の窒息感 ☐ めまい	
検査条件		☐ CPAP装着 ☐ マウスピース装着 ☐ 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