

**E 診療情報提供書(兼)
外来受診・終夜睡眠ポリグラフ検査申込書**

大雄会クリニック

年 月 日

耳鼻いんこう

科

医師

外来受診	希望日			紹介医療機関名	
第1希望	年	月	日 ()	連携登録医名	(印)
第2希望	年	月	日 ()	TEL	
第3希望	年	月	日 ()	FAX	

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		年 月 日	
TEL			
基礎疾患			
簡易検査によるスクリーニング結果	AHI () 回/時間 最低SpO ₂ () % *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かまいません		
依頼内容 <small>(希望項目に☑をお願いします)</small>	<input type="checkbox"/> PSG検査のみ希望 (結果を後日お送りいたします) <input type="checkbox"/> 大雄会でのPSG検査+治療希望		
連絡事項	(その他、精査治療等希望ございましたらご記入ください)		

患者さまに本書類・保険証をご持参いただき、当院耳鼻いんこう科外来にお越し下さるようお伝えください。

送付先 総合大雄会病院 地域医療連携室

FAX 0586-24-9999

※右記のFAX番号を確認後送信してください。

TEL 0586-26-2366(直通)

※個人情報の取扱いについては慎重にお願いします。