

睡眠時無呼吸検査 依頼申込書

柏友千代田クリニック FAX 0721-55-0501

依頼票 (太枠内を御記入下さい)

ご不明な点がございましたら、当院まで御連絡下さい。

御依頼元	医療機関名		医師名		先生			
	TEL		FAX					
フリガナ			男・女	生年月日	大正			
患者氏名					昭和	年	月	日
住所	〒		電話	自宅				
				携帯				
身長	cm	体重	kg					
御希望検査日	①	年	月	日				
	②	年	月	日				
	③	年	月	日				
電話にて仮予約済み	年	月	日					
備考欄								

カルテの事前登録のため、保険情報の記載もお願い申し上げます。コピーをFAXして頂いても結構です。

保険者番号		公費負担者 番号	
被保険者の 記号番号		公費負担 受給者番号	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族	負担割合	1割 ・ 3割
生保 ・ 公費 ()			

今回希望される検査項目に✓をお願いいたします。

スクリーニング検査

簡易型PSG検査

終夜睡眠PSG検査

PSG: ポリソムノグラフィー

・当日は、保険証と診療情報提供書を受付にお出し下さい。

・以上、お手数ですが御記入頂き、FAXの送付をお願いいたします。折り返し御連絡させていただきます。



医療法人 柏友会 柏友千代田クリニック

TEL 0721-55-0515

FAX

0721-55-0501