

Fax SAS 外来受診申込書

FAX: 025-284-2080 新潟南病院 (代表)

送信先: 新潟南病院 地域医療連携室

【送信元】

病院・クリニック

科

医師名 _____ 先生 (貴施設担当者 _____ 様)

Fax _____ 電話番号 _____

【主な傷病名】_

睡眠時無呼吸症候群疑い

睡眠時無呼吸症候群

【紹介目的】

精査・診断目的

簡易検査まで実施(その際 AHI: _____)

PSG までの実施(その際 AHI: _____)

検査未実施

CPAP 管理目的

CPAP 導入状況

導入時 AHI: _____

設定: _____

器械業者: _____

【患者情報】

ふり なが
氏 名: _____

様

男・女

生年月日: M / T / S / H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所: 〒 _____

電話: (_____) _____ - _____

当院受診歴(わかる範囲で) あり(患者番号 _____) なし