



富山県済生会富山病院 睡眠時無呼吸検査 (スクリーニング、簡易式検査、PSG)専用 依頼申し込み書

記入年月日 年 月 日

送信先 地域医療連携室

TEL 076-437-1111(代表)
076-437-1120(地域医療連携室直通)
FAX 076-437-1131(地域医療連携室直通)

・下記の①～④に必要事項をご記入の上、FAXをお願いします。

①:ご依頼元

医療機関名				科
医師名		ご連絡担当者名		
電話番号		FAX番号		

②:ご紹介いただく患者様詳細情報

フリガナ		性別	
氏名		男性 : 女性	
ご住所	〒 - 電話番号 () - 携帯電話番号 () -		
生年月日	T・S・H・(西暦) 年 月 日 (歳)		

カルテの事前登録のため、保険情報の記載もお願いいたします。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	
被保険証の記号番号		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()			

③:今回行う該当する検査項目に✓をお願いします。

(スクリーニング検査 携帯用簡易式検査 終夜睡眠ポリソグラフィ(PSG))

④:診断確定後の意向(該当箇所に✓をお願いします。)

<input type="radio"/> 今回検査のみを依頼します	<input type="radio"/> 治療器導入までのフォローを依頼します
<input type="radio"/> 治療安定まで病院に依頼します	<input type="radio"/> その他()

・当日は、保険証と診療情報提供書を初診受付にお出ください。

・以上、お手数ですがご記入頂き、FAXをお願いします。折り返し連絡さしあげます。

済生会富山病院地域医療連携室送信用