

検査依頼書

終夜睡眠ポリグラフィ(PSG)

横浜新緑総合病院

内科 ご担当先生御侍史

フリガナ								
患者氏名		男	女	生年月日	明	大	昭	平
					年	月	日	歳

御紹介目的	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群精査	<input type="checkbox"/> 睡眠障害精査	<input type="checkbox"/> その他 ()
簡易検査	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> その他 ()

<ご依頼内容>

※検査結果・CPAP導入となった場合の診療について、以下の項目にチェックをお願いいたします。

- PSG検査のみ依頼、結果説明は紹介元医療機関（貴院）にてお願いいたします。
※結果は検査日より4週間以内に送付いたします。お急ぎの場合にはお電話で直接お問い合わせください。
- PSG検査・結果説明まで当院へ依頼。
結果説明後ご報告いたしますので、治療につきましては紹介元医療機関（貴院）でご対応をお願いいたします。
- PSG検査・結果説明・CPAP導入もしくは治療を当院へ依頼
(CPAP導入の場合、導入後紹介元医療機関（貴院）に受診いただくよう御案内いたします)
※CPAP導入の際、御希望のメーカーへチェックをお願いいたします。
【帝人 Philips フクダライフテック その他 ()】
- PSG検査・結果説明・CPAP導入後管理も含め当院へ依頼。
※病状安定後他院へ逆紹介する場合がございます。

<備考>

※貴院診療情報提供書と併せて、診察時お持ちください。