

作成日

年

月

日

診療情報提供書

〒583-0872

大阪府羽曳野市はびきの2-8-1

TEL 072-958-1000

医療法人 春秋会 城山病院 心臓血管センター 担当医 侍史

1. 紹介元医療機関

医療機関名	
医師名	
住所	
電話番号	() -

2. 患者様情報

フリガナ	
氏名	☐ 男 ☐ 女
生年月日	
住所	
電話番号	
当院受診歴	☐ 無 ☐ 有 (ID番号:) ☐ 不詳

PSG検査依頼票

1. 臨床診断名 (必ずチェックをお願いします)

臨床診断名	☐ 睡眠時無呼吸症候群
	☐ 不整脈 (心房細動、期外収縮など)
	☐ その他の診断

2. 簡易検査結果

☐ なし	
☐ あり	☐ AHI:15以上・30未満 (検査結果:)

3. 検査目的

検査目的	☐ 簡易検査依頼 【外来受診予約となります】
	☐ PSG検査入院

4. 希望日

依頼日より10日以降先の水・木・金曜日での希望日を記入してください。

第1希望	
第2希望	
第3希望	
希望なし	☐ いつでも可能