南古谷病院 睡眠時無呼吸検査
（ＰＳＧ）入院専用 依頼書

送信先：つなげる課　FAX 049-235-6128

電話にて入院仮予約後、❶～❹欄にご記入の上、ファックス送信下さい。

❶ ご依頼元

医療機関名			様
ご連絡担当者			
電　　話		ＦＡＸ	

❷ 患者さんについて

フリガナ			
氏　名			
生年月日	□ 大正　□ 昭和　□ 平成　□ 令和　　年　　月　　日（　　歳）		
性　別	□ 男　□ 女	身　長	cm
住　所	〒		
平日中の連絡先	□ 自宅　□ 携帯　□ 職場	電話番号（　　）　　－	

❸ 検査入院日（電話にて予約済日）

令和　　年　　月　　日（　　）　入院予定

❹ 依頼内容

□ 診断ＰＳＧ（□ 検査のみ依頼 ／ □ 治療安定まで南古谷病院に依頼 ）

送信先FAX番号（送信前に必ずご確認ください）

南古谷病院 つなげる課【049-235-6128】