

終夜睡眠ポリソムノグラフィー  
FAX申込書（兼）診療情報提供書

日本医科大学千葉北総病院  
医療連携支援センター 行  
FAX 0476-99-1991

〒270-1694 千葉県印西市鎌苅1715  
TEL 0476-99-1111(代表)  
0476-99-1810(ダイヤルイン)  
電話対応時間 平日 8:30~17:00 (土曜 ~16:00)

紹介元  
医療機関名

〒

所在地

医師名

TEL

FAX

患者様基本情報

<住所> 〒	<TEL(携帯)>	-	-
	<TEL(自宅)>	-	-
フリガナ <氏名>	男	明・大・昭・平・西暦	年 月 日生 ( 歳)
	女	<受診歴> 無・有・不明	当院ID
<保険種別> ( 健保 ・ 自費 ・ 生保 ・ 無保険 )	被保険者 ( 本人 ・ 家族 )		

診療情報提供書

日本医科大学千葉北総病院  
循環器内科 担当医 行

令和 年 月 日

<病名> 1. 睡眠時無呼吸症候群（疑） 2. その他（ ）
<併存疾患・既往歴>
<簡易PSG施行歴> 1. あり（AHI ） 2. なし
<臨床経過・アレルギー等特記事項>
<現在の処方>
<検査後の希望> 1. 検査結果の送付のみ 2. CPAP適応あれば当院で導入の上逆紹介 3. その他（ ）