

外来受診・終夜ポリグラフ検査申込書

年 月 日

受診希望日	紹介元 医療機関名
第1希望 月 日	所在地 〒 -
第2希望 月 日	医師名
	TEL - - FAX - -

ご希望の科に☑をつけて下さい。

呼吸器内科 耳鼻いんこう科

- PSG検査のみ希望 (結果を後日お送りいたします)
- CPAP導入まで希望 導入後は貴院での通院治療希望
- CPAP導入後も稲沢厚生病院での通院治療希望

受診者名	フリガナ	男	T E L
		・	- -
	生年月日	年 月 日	歳

住所	〒 -
----	-----

- 《 受付 部 署 》 地域医療連携課 (TEL) 0587-97-2759 (FAX) 0587-97-3833
- 《 お 申 し 込 み 》 外来受診・終夜ポリグラフ検査申込書と診療情報提供書をFAXにてお送り下さい。
- 《 受診日時のご連絡 》 お申し込みいただいたご希望日に沿って日時を決定した後、折り返し「受診予約票」をFAXでお送りしますので、患者様にお渡し下さい。
- 《 お 問 い 合 わ せ 》 お電話にてご連絡下さい。
- ※ 受付時間 : 平日 8:30 ~19:00 (土・日・祝日を除く)