

終夜睡眠ポリグラフィー検査

依頼状（紹介状）

記入日

年

月

日

順天堂大学医学部附属静岡病院
循環器内科 担当医
(地域医療連携室)
FAX: 055-948-2103
TEL: 055-948-3111(代) (内線 3550)

【ご紹介元】
医療機関名：
医師氏名：
FAX番号：

下記項目はすべてご記入ください。

フリガナ
患者氏名 様 (男・女) 身長 cm 体重 kg
生年月日 年 月 日 (歳)
住所 〒

連絡先（重要）

日中に連絡可能なお電話番号（最も確実に連絡がとれる連絡先）に○をおつけください。
平日にお仕事をされている場合は、連絡先が自宅のみではご連絡できない場合がございます。

1. 自宅 _____
2. 携帯 _____
3. 職場(※) _____

※職場に連絡してよい場合のみご記入ください。

4. その他(連絡しても差支えないお時間等)何かございましたら以下へご記入ください。

【病名】

- 睡眠時無呼吸症候群
- その他（病名を下記にご記載ください。）

【検査目的】

- 確定診断
- 治療効果判定
- フォローアップ

【簡易検査によるスクリーニング】

- 実施済み
- 未実施

【依頼内容】

- PSG 検査のみ
- その他（依頼内容を下記にご記載ください。）

主訴または病名、既往歴その他臨床情報、既往歴、家族歴を簡潔にご記載ください。（別添可）

当院受診歴の有無〔 あり【順天堂静岡 ID: _____】・ なし ・ 不明 〕

受診歴のない場合、新規にカルテを作成いたしますので、以下の保険情報をご記載ください。
(保険証・公費負担受給者証原本のコピーを送信していただく場合、ご記入は不要です。)

被保険者証

保険者番号	本人	1割
	2割	
記号・番号・枝番	家族	3割

後期高齢者医療

保険者番号	1割
	2割
受給者番号	3割

公費負担医療

負担者番号	
受給者番号	