PSG 検査申込書

送信先：RESM 新東京スリープメディカルケアクリニック

検査日時の電話予約は：(03) 6404－9838　　**検査申込書の FAX は：(03) 6404－9835**

1. 本申込書・貴院紹介状・簡易検査結果の事前 FAX（原本は郵送）をお願いします。

2. 保険証は当日忘れずにご持参下さるよう患者様へお伝えください。

PSG 予約日	／

次回受診日	／

送信元医療機関名	
電話番号	ー　　ー

【患者様情報】

ふりがな 患者氏名		生年月日	S・H　　年　　月　　日
連絡先	電　話　番　号　　ー　　ー メールアドレス		
住所	〒　　ー		
身長	cm	体重	kg
※現病歴 既往歴	※下記の中で患者に該当する項目は全てチェック☑をお願いします。 ☐　心疾患、神経筋疾患（脳血管障害を含む。） 　又は呼吸器疾患（継続的に治療を行っている場合に限る。） ☐　ＢＭＩ35 以上 ☐　生活に常時介護を要する認知機能障害 ☐　中枢性過眠症 ☐　レム睡眠行動障害 ☐　むずむず脚症候群、周期性四肢運動障害の疑い		
※内服薬	☐あり（　　）☐なし		
※アレルギー	☐あり（　　）☐なし		
※感染症	☐あり（　　）☐なし　　☐未検査		

★ご希望される項目にチェックをお願いします★

☐ PSG 検査のみ依頼、結果説明は紹介元医療機関（貴院）にて行う
※結果は検査日より３週間以内に送付します。

☐ PSG 検査・結果説明を当院へ依頼。結果説明の内容をご報告し CPAP 導入も貴院にてご対応いただく

☐ PSG 検査・結果説明・CPAP 導入を当院へ依頼（導入次月に貴院へ受診するよう案内します）
CPAP 導入希望メーカー【　帝人　・　PHILIPS　・　フクダライフテック　・他（　　）】

☐ PSG 検査・結果説明・CPAP 導入後約 3 ヶ月の管理を当院へ依頼、治療が安定したら貴院へ逆紹介する

以下は記載任意項目ですが、事前準備のため情報提供にご協力をお願いいたします。

【保険情報】

社保・国保（いずれかに〇）
保険者番号：
記号・番号（枝番）：　　・　　（　　）
資格取得日：
有効期限：

【公費情報】

負担者番号：
受給者番号：
有効期限：

【生活保護受給】

☐　医療券は当日持参
☐　医療券は市役所より郵送