

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	- -

【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 メールアドレス	-	-			
住所	〒	-				
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。 <input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> BMI 35 以上 <input type="checkbox"/> 生活に常時介護を要する認知機能障害 <input type="checkbox"/> 中枢性過眠症 <input type="checkbox"/> レム睡眠行動障害 <input type="checkbox"/> むずむず脚症候群、周期性四肢運動障害の疑い					
※内服薬	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし					
※アレルギー	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし					
※感染症	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未検査					
★ご希望される項目にチェックをお願いします★						
<input type="checkbox"/> 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。						
<input type="checkbox"/> 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						
<input type="checkbox"/> 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（ ）】						
<input type="checkbox"/> 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○）	
保険者番号：	
記号・番号（枝番）：	・ （ ）
資格取得日：	
有効期限： なし ・ あり（ 年 月 日まで）	

【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