

申込日 年 月 日

土庫病院 PSG 検査入院予約依頼書

下記必要事項を漏れなくご記入いただき、土庫病院相談連携室までFAXをお願い致します。

貴院名	
所在地	〒
TEL	
FAX	
医師氏名	

※PSG 検査入院については、火曜日または木曜日の 15：30 来院し、入院となります。
ベッドの調整が必要なので、予約のお返事は翌日以降になりますのでご了承下さい。

ふりがな									生年月日		性別				
患者氏名									年	月	日生	男・女・無記載			
患者住所	〒								（	歳）	—				
TEL	()														
保険者番号								公費負担者番号							
記号			番号						公費受給者番号						
被保険者との続柄	本人・家族							当院受診歴	無・有						

ESS 評価点数	実施日				点数				
終夜 SP02 検査結果 (※必須)	実施日				結果				
事前測定	測定日				身長	cm	体重	kg	
飲酒の確認	無 有 ※夜間に飲酒の習慣がありましたら、酒類(普段飲まれている分量で)をご持参下さい。								
定期内服薬の確認	無・有		本日の持参薬	無・有					
	対象疾患								
食事の確認	翌日の朝食		要・不要 ※朝食不要の場合、7：00 過ぎに退院となります。						
昼間の眠気の有無	無・有 ()								
いびきの有無	無・有 ()								
既往の有無	扁桃肥大(無・有) 副鼻腔炎(無・有) アレルギー性鼻炎(無・有)								

希望日		予約に関する特記事項	
① 年 月 日 () 15:30			
② 年 月 日 () 15:30			