

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ください。

ふりがな									生年月日				性別				
患者氏名									年 月 日生 (歳)				男・女・無記載				
患者住所	〒 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	