

## 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  
地域医療連携課へFAX下  
さい。

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 ( 歳)	男・女
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 ビール ( ) 本 酒・焼酎 ( ) 合 その他 ( ) ※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	治療食の 必要性	無 有 減塩食・糖尿病食・高血圧食・その他( )	
	翌日の朝食	要・不要 ※翌日お仕事等ある方は朝食不要であれば 7:00 過ぎに退院できます。	
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	

※お問い合わせは 土庫病院 相談連携室 地域医療連携課 TEL: 0745-53-5471 (代) / FAX: 0745-53-5599 (直)