

F A X 054-652-1001

S A S 外来受診・睡眠ポリグラフ検査申込書 (F A X用)

医療法人財団健康睡眠会 静岡睡眠メディカルクリニック 行き

【送信元】 貴院名、住所、電話番号、F A X番号をご記入願います。(ゴム印などご利用下さい)

【患者様情報】

ふりがな 患者様氏名		生年月日	年	月	日
患者様連絡先	(電話番号)				
受診希望日	月	日 ( )	午前・午後	時	分

※予約時間は火～金曜日 11:30、15:30、土曜日15:30です。

日・月・祝日は休診日です。

※御希望日の予約が取れない場合、当クリニックより患者様へご連絡致します。

※御希望日が特にない場合、空欄のままで結構です。当クリニックより患者様へご連絡致します。

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 (検査後の治療については紹介元にて決める)
- PSG検査とCPAP導入まで実施 (CPAP使用が軌道に乗れば紹介元に戻す)
- PSG検査後のSAS治療について、静岡睡眠メディカルクリニックにて実施
- CPAP導入済み患者様の外来管理 (当クリニックへの転院希望)

その他ご要望等

( )

----- キリトリ -----  
ご紹介により受診予約される皆様へ

当クリニックで睡眠時無呼吸症候群の受診ができます！

火～土曜日の10:00～13:00

火～土曜日の15:00～19:00

日曜・月曜・祝日休診

医療法人財団健康睡眠会

静岡睡眠メディカルクリニック

T E L : 054-274-0843

ホームページ : <http://www.smc-shizuoka.com/>

