

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)

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～土曜日 10:00～12:30、15:00～18:30です。

日・月・祝日は休診日です。

※予約時間帯が混み合っている場合は、当クリニックより直ちに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検査のみ当クリニックにて実施 (その後の診療は貴院にて継続)
- PSG検査とCPAP導入まで当クリニックにて実施 (その後の診療は貴院にて継続)
- PSG検査とCPAP導入とSASに関する外来管理を当クリニックにて実施希望
- 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

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/>

