

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・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	昭和 平成	年	月	日
患者様連絡先	(電話番号)				
患者様持参物	紹介状 有 ・ 無 / 簡易検査データ 有 ・ 無				

【ご紹介元医療機関様へ】

◆ 紹介状や検査データが御座いましたら、必ず持参するよう患者様にご案内願います。
◆ PSG 検査後は、検査結果と患者様の治療意思に基づき治療計画を立てて参ります。 特段のご希望が御座いましたら記載願います。

----- キリトリ -----

【睡眠時無呼吸症候群等の睡眠ポリグラフ検査受診希望の患者様へ】

※ 当院は予約制です。 <u>患者様ご自身</u> が当院へお電話いただき、予約をお取りください。					
➤ 予約日 (確認用)	月	日 ()	時	分	

下記の診療時間内にお電話ください。

診療時間	火	水	木	金	土	日	月	祝
10:00~13:00	○	○	○	○	○	/	/	/
15:00~19:00	○	○	○	○	○	/	/	/

静岡睡眠メディカルクリニック

TEL : 054-274-0843

