

終夜睡眠ポリグラフィー(PSG)検査依頼書

FAX 06-6973-7452

施設名 _____ 医師名 _____ 検査依頼日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※出張 PSG の場合の検査日は弊社の方から患者様へ直接連絡し検査日の打ち合わせをすることも出来ますので患者様のご連絡先を下記にご記入下さい。 検査日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ
患者氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男・女 _____

ID _____ 生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ mmHg

※身長と体重は必ずご記入ください

主訴 いびき 日中の眠気・集中力低下 熟睡感の無さ _____

睡眠中に呼吸が止まっていると言われた事がある _____

動悸 胸痛 めまい・意識消失 夜間頻尿 _____

診断名(合併症も含む、既往歴) SAS (タイトレション または 治療効果判定) _____

高血圧症 糖尿病 その他 (_____) (_____)

使用中の薬剤 (_____) (_____) (_____)

(_____) (_____) (_____)

その他連絡事項 ※出張 PSG の場合は下記に患者様の連絡先とご住所の記入をお願いします。

総合医療サービス株式会社 睡眠医療事業部

大阪市東成区玉津3丁目11-5

電話 06-6973-7450 FAX06-6973-7452

2013.03