

外来受診・終夜睡眠ポリグラフ検査申込書

茅ヶ崎中央病院 耳鼻咽喉科 宛

貴院名、住所、電話番号、FAX 番号を記入ください。（ゴム印などご利用ください）

ふりがな 患者氏名		生年 月日	年 月 日
患者連絡先	（電話番号）		
基礎疾患			
簡易検査による スクリーニング結果	3%（4%）ODI または AHI （        ）回/時間 最低 SpO <sub>2</sub> （        ）% 測定されている場合のみで結構です。データのコピー添付でも構いません。		
依頼内容	PSG検査のみ希望（結果を後日お送りいたします） CPAP導入まで（陽性の場合）、導入後は貴院での通院治療希望 CPAP導入後も当院での通院治療希望（陽性の場合） 希望項目にチェックをお願いします		
連絡事項	（その他、精査治療等希望ございましたらご記入ください）		

患者様に本書類をご持参いただき、月曜日から土曜日（午前受付 11時まで、午後受付 4時まで、土曜日午後は休診の日もございます。）に当院耳鼻科外来にお越し下さる様お伝え下さい。

茅ヶ崎中央病院 耳鼻咽喉科 TEL 0467 - 86 - 6530（代表）

当院ホームページもご参照ください。

茅ヶ崎中央病院  もしくは <http://www.fureai-g.or.jp/chu/>