FAX 専用 睡眠外来予約申込書

平成　　年　　月　　日

※本紙を診療情報提供書とともに地域ネットワークセンターまでご送付ください。

刀根山病院　地域ネットワークセンター宛

FAX　06-6844-8778

TEL　06-6853-2090（直通）
　　06-6853-2001（代表）

受付時間：　平日 9：00～19：00
（木曜日のみ　9：00～17：00）

〒番号：
ご住所：
医療機関名：
電話番号：
FAX 番号：
医師名：
担当者名：

※受付時間以降のお申し込みは翌日営業日以降になります。
※当日のご予約はお取りできませんのでご了承下さい。

●受診希望日　等があればご記入下さい。

当院でのご希望をお知らせください。

□　ＰＳＧ検査とＣＰＡＰ導入と初期指導（２～４ケ月）まで当院にて実施希望

□　ＰＳＧ検査とＣＰＡＰ導入と睡眠呼吸障害に関する外来管理を当院にて希望

●刀根山病院　診察券　（　有　・　無　）　ＩＤ番号

フリガナ		男 女	生年月日	明・大・昭・平 年　月　日 歳	
氏　名					
住　所	（〒　　―　　）				
電話番号					
保険情報	□国民健康保険　□社会保険　□生活保護　□その他（　　）				
持参資料	□Ｘ線　□ＣＴ　□ＭＲＩ　□検査データ　□その他（　　）				

※持参資料、診療情報提供書（原本）は患者さまが受診日にお持ちいただく様にお願い致します。