

# 新潟臨港病院睡眠時無呼吸検査 (PSG)入院専用 依頼書

送信先：地域連携センター(医療連携室) 専用 TEL 025-275-2239 FAX 025-275-2208  
電話にて入院仮予約後、①～⑥欄にご記入の上、ファクス送信下さい。

① ご依頼元	医療機関名			
	医師名	ご連絡担当者	様	
	電話	FAX		

② ご紹介いただく患者様	フリガナ			旧姓	年齢	性別
	氏名	様			歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦		年	月	日
	住所	〒 - 区		電話番号( )	-	
	平日日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場	( )	-	連絡に関する要望事項：	

③ 検査入院日 (電話仮予約日)	年	月	日 ( )	入院予定
------------------	---	---	-------	------

④ 依頼内容 診療の意向	(1)～(3)より 検査内容を選択し、 診療のご意向に ✓を入れて下さい	<input type="checkbox"/> (1) 初回PSG (診断目的) [ <input type="checkbox"/> 治療安定まで臨港病院に依頼 / <input type="checkbox"/> 検査のみ依頼 ] <input type="checkbox"/> (2) 再PSG <input type="checkbox"/> (3) 治療効果PSG ( <input type="checkbox"/> CPAP / <input type="checkbox"/> マウスピース / <input type="checkbox"/> 手術 ) [ <input type="checkbox"/> 検査結果説明も臨港病院に依頼 / <input type="checkbox"/> 検査のみ依頼 ]
--------------------	---	---

⑤ 新潟臨港病院 受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(診察カード番号がわかれば右欄ご記入下さい)
-----------------	---	------------------------

⑥ 保険情報 (記入任意)	患者様の同意の上で下欄にご記入いただくか、保険証類をFAXして下さい					
	主保険	保険者番号				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
		記号	番号	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
	公費①	負担者				受給者
	公費②	負担者				受給者

本書が当院へ届き次第、患者様へご連絡のうえ、入院案内をお送りします

臨港病院処理欄

FAX (本票) 受付： 月 日

・予定入力  済 ( / ) ・電話確認  済 ( / ) ・案内郵送  済 ( / )