

# 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	F A X		

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	〒 - - 電話番号( ) - <input type="checkbox"/> 新潟市 区 <input type="checkbox"/>					
	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 依頼内容と 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) 診断PSG <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 治療方針再検討 (CPAP 中止等含む) 〔 <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) 治療効果確認PSG <input type="checkbox"/> CPAP / <input type="checkbox"/> マウスピース 〔 <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									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 ( / )