

FAX 専用 睡眠外来予約申込書

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。

大阪刀根山医療センター

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 9:00~18:00

(木曜日のみ 9:00~17:00)

〒番号：

ご住所：

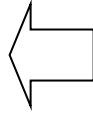
医療機関名：

電話番号：

FAX 番号：

医師名：

担当者名：



※17時以降のお申込に対するお返事は

翌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。

当院でのご希望をお知らせください。

●受診希望日 等があればご記入下さい。

--

- PSG検査とCPAP導入と初期指導（2～4ヶ月）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

● 診察券 (有・無) ID番号

--	--	--	--	--	--

フリガナ		男 女	生	大・昭・平・令		
氏名			年 月 日	年	月	日
住所	(〒 —)					
電話番号						
保険情報	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					
持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 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をお願い致します。