

診療情報提供書（終夜睡眠ポリグラフ(PSG)検査用）

簡易検査にてSASの疑いがあり、精密検査PSG(1泊2日入院)が必要な方

貴院名: _____ 様

主治医先生ご氏名: _____ 先生

TEL: _____ FAX: _____

患者氏名: _____ 様 男・女

生年月日: T・S・H 年 月 日 (歳)

住所: 〒 _____

TEL: _____

1) 現病歴、貴院での診療状況をお知らせ下さい。

2) 貴院での投薬内容(特に抗血栓薬、糖尿病薬、高圧薬についてお知らせ下さい。)

正幸会病院 〒571-0055 大阪府門真市中町11-54

FAX:06-6926-9433

TEL:06-6905-8833 (病院代表)

TEL:070-6924-8404 (地域医療連携室 直通)

FAX到着確認後、担当より、折り返しご連絡させていただきます。