

SAS検査・SAS診療申込書（FAX送信票）

年 月 日

<送信先>

<紹介元医療機関名>

富山西総合病院
地域サポートセンター
FAX: 076-461-7744

〒936-2376
富山市婦中町下轡田1019
TEL: 076-461-7730(直通)

TEL:

FAX:

患者情報

ふりがな	性別	生年月日
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)
住所	連絡先(TEL)	
受診希望日 月 日 () 14時		

検査項目

- SAS **検査** (PSG検査のみ) ※検査後の診療はかかりつけ医で行う場合
注) 紹介状に簡易SASのAHIを記入してください
- SAS **診療** (PSG検査および結果説明、必要に応じて治療)
注) 紹介状に簡易SASのAHIを記入してください

※本検査・診療申込書をFAXでお送りください。

(FAX送信後に地域サポートセンターまでお電話をお願いします。)

※FAXの受付時間は、平日8:30~17:00、土曜日8:30~12:00となっております。

※予約日時確定後、富山西総合病院より検査予約票をFAXで送信いたします。患者さまへお渡しく下さい。

富山西総合病院 検査室記入欄

検査予約日 月 日 () 時 分