

(A) 検査依頼書兼診療情報提供書

年 月 日

(睡眠時無呼吸モニター検査申込書)

虎の門病院

FAX 03-3560-7878

内科

検査担当 先生

* 必ずFAX及びTEL番号を御記入下さい。

〒

所在地

医療機関名

TEL

FAX

医師氏名

①FAX送信前に、電話で予約をお取りください。

②予約が取れた日時(検査日)をご記入ください

予約日 年 月 日 時 分

③この用紙に必要事項をご記入の上、FAXして下さい。

折り返し「検査の注意書き」をFAXいたします。

※医療券(難病等)をお持ちの方のみご記入下さい→

当検査の公費適用

(有 ・ 無)

虎の門病院受診歴

(有 ・ 無)

虎の門病院登録番号

-

-

-

フリガナ

患者氏名

住 所

〒

生年月日

大・昭 年 月 日

平・令

(歳)

自宅TEL

日中連絡先

男

・

女

睡眠時無呼吸モニター検査

(商品名:アプノモニター)

※次の日10時までに装置を要返却※

臨床診断・主訴

(身長:

cm)

(体重:

kg)

検査目的