

# FAX 兼用 診療情報提供書 (患者紹介)

年 月 日

特定医療法人 新生病院

\_\_\_\_\_科

医療機関名

\_\_\_\_\_医師宛

医師氏名

以前、新生病院に受診したことが〔ある・ない〕

患者基本情報	フリガナ		男・女	生年月日			
	氏名			明・大		年	月
	住所 (自治体名)	小布施町・長野市・須坂市・中野市 高山村・豊野町・山ノ内町・その他		電話	( )		

紹介目的	睡眠時無呼吸症候群 ( P S G 検査・TitrationPSG 検査 )
傷病名 (主訴)	
経過	
特記事項	
入院予定(希望)日：平成 年 月 日 ( ) P S G 検査入院：入院日の夕食〔必要・不要〕・退院日の朝食〔必要・不要〕	

不要な再検査を避けるため、提供していただける検査データもお知らせください。

新生病院からの返信欄