

# 診療情報提供書

★まずは、検査希望日をお電話にてお知らせ下さい。

令和 年 月 日

医療法人社団 恵仁会 セントマーガレット病院 殿

〒276-0022 八千代市上高野 450

TEL 047-485-5111

FAX 047-487-8793 (医療サービス直通)

医療機関の名称

及び所在地

TEL

FAX

担当医師名

印

フリガナ 患者氏名	
	昭和・平成 年 月 日生 男・女
傷病名	SAS 疑い
紹介目的	PSG 検査

症状経過 検査結果 治療経過 処方 既往歴/家族歴	
前回受診歴 (セントマーガレット病院)	有り 無し
備考	
予約日時	年 月 日 ( ) 15時より1泊 (月・火・金・土 予約可 ※祝日を除く)

<ご案内>

検査結果につきましては検査終了後、概ね1週間以内で郵送又は配送にてお届けします。