

各種検査(睡眠・酸素)指示書

医療機関名

電話番号

申込者

- ☐ 終夜睡眠ポリグラフィー測定 (D237-1)
→720点＋脳波検査判断料180点 ※簡易型
- ☐ 終夜睡眠ポリグラフィー測定 (D237-2)
→3570点＋脳波検査判断料180点 ※フルPSG
注) 初めての検査でフルPSGは出来ません
先に簡易検査を実施してから確定診断として検査できます
※ 睡眠障害(RLS・PLMD)は簡易検査は必要です

申込日	年 月 日
患者様氏名	(フリガナ)
住所	
電話番号	
生年月日	年 月 日
備考	喫煙 (有・無) 必ずどちらかに○を付けて下さい。

《 個人情報に関する事項 》

当書類に記載された個人情報を上記医療施設並びにミヤコ在宅医療サービス(株)が診察・本設置の
問い合わせ窓口業務及びこれに付帯する業務に利用する事に同意します

ご本人様署名

《 確認事項 》

- 1.医師の指示並びに本装置取扱説明書に従って正しく使用します
- 2.本設置は故障時等に運転停止の可能性がある事を承知の上、借り受けます
- 3.本設置の使用場所の変更および使用を中断する場合には、速やかにその旨を報告します
- 4.機器等は使用者の全責任の元に管理するものとします 使用者の責に帰する理由で故障が生じた場合、
修理費用を負担します
- 5.当検査における健康被害が発生した場合、異議申し立てしません

《 返信欄 》

上記のご依頼、承りました。

患者様へ 年 月 日 時に連絡いたしました。

検査日は 年 月 日より 日間でございます。

ミヤコ在宅医療サービス(株)
担当

FAX 06-6776-2420