

# 終夜睡眠ポリグラフ検査申込書 (FAX用)

医療法人SRA たかおかクリニック FAX: 052-979-7770

申込者: 氏名、所属、住所、電話番号、FAX 番号(ゴム印などをご利用ください)

日付 \_\_\_\_\_ :

患者氏名 \_\_\_\_\_ :

貴院患者カルテ番号 \_\_\_\_\_ :

患者連絡先(電話番号) \_\_\_\_\_ 昼間

夜間

基礎疾患 \_\_\_\_\_ :

主要症状: いびき 睡眠中の呼吸停止 昼間と眠気 全身倦怠感 不眠 頭痛  
胸背部痛 覚醒時の口渇感 睡眠中の窒息感 慢性的な咽頭痛、咽頭不快

その他 \_\_\_\_\_

連絡事項

---

---

---

---

---

---