

外来受診（終夜睡眠ポリグラフィー検査） FAX申込用紙

NTT東日本伊豆病院 地域医療連携センター 宛

申込日 年 月 日

所在地 〒

医療機関名

TEL

FAX

ご紹介医師名

ふりがな

患者氏名 生年月日 年 月 日

NTT東日本伊豆病院受診歴（有・無・不明） 性別 男・女

※有の場合（診断券No. _____）

診察希望日（土・日・祝日は除く）

第一希望日 月 日

第二希望日 月 日

希望日なし（指定日はなく、いつでもよい）

※当院担当医師の予約状況により、ご希望にそえない場合がございます。

その際は、当院担当者と患者様と調整させていただきます。

※こちらの検査は1泊2日の入院検査になります。日程が決まりましたら折り返しご連絡いたします。

連絡先

NTT東日本伊豆病院 / 地域医療連携センター
〒419-0193 静岡県田方郡函南町平井750

（FAX対応時間 平日8：30～16：00）

電話 055-978-2322

FAX 055-979-3098

●申し込みFAX送信後、30分程で貴施設に診察日のご案内FAXをさせていただきます。

※FAX先を必ずご記入ください。