

# 生理検査予約依頼表(診療情報提供書)

地域医療連携室直通 FAX：044-322-0180 TEL：044-322-8113

医療法人社団 三成会 新百合ヶ丘総合病院

科 先生

【検査希望日】  
年 月 日 曜日

紹介元医療機関名：  
所在地：〒  
TEL：  
診療科： 診療医師：

新百合ヶ丘総合病院ID:( 有 ・ 無 )

ID番号						
フリガナ				生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	男・女
患者氏名						
住所	〒			-		
						TEL:( ) -

【検査依頼内容】

検査項目および検査部位 必要な項目の口印にし点チェックしてください。

	項目・部位
超音波	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 頸動脈
	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> シヤント → (DVT・瘤)
	<input type="checkbox"/> その他 ( 詳しく記載してください )
生理機能	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> ホルター※1 <input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷検査
	<input type="checkbox"/> マスター負荷心電図 *選択⇒ <input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ダブル <input type="checkbox"/> トリプル
	<input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> 肺機能(VC、FVC) <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 簡易型PSG※1
	<input type="checkbox"/> 脳波
	<input type="checkbox"/> 神経伝達速度⇒ <input type="checkbox"/> MCV <input type="checkbox"/> SCV <input type="checkbox"/> F波 *測定部位( )

※1：ご来院は予約日(機器取り付け)と翌日(機器返却)の計2日間となります。

※検査結果は報告書を添付し、後日郵送します。

但し、ホルター・脳波は報告書部分のみの報告です。波形データをご希望の方は下記の口印にし点チェックしてください。

⇒ホルター波形データ必要  脳波波形データ必要

病名：

検査目的・既往歴・検査結果・治療の経過・現在の処方・その他の連絡事項