

① 共同利用 生理検査申込書

年 月 日

(依頼先医療機関)	(依頼元医療機関)
香取おみがわ医療センター 宛	医療機関名
TEL : 0478-82-3161	
FAX : 0478-83-7044	所在地
	TEL・FAX
	ご担当医 氏名

④

患者情報

香取おみがわ医療センター受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	西暦 年 月 日 大昭平令 (歳)
住所	〒	電話番号	
病名・主症状 (必ずご記入ください。)			
検査目的・指示等 (必ずご記入ください。)			

検査依頼項目 (レ点と身長・体重を記入してください。)

超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 下肢動脈※1 <input type="checkbox"/> 下肢静脈※2 ※1 : 血圧脈波伝播速度検査 (PWV/ABI) も施行します。 ※2 : DVTの評価のみになります。静脈瘤の評価はできません。
その他	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 (VC・FVC) <input type="checkbox"/> 血圧脈波伝播速度検査 (PWV/ABI) <input type="checkbox"/> 標準聴力検査 (気導・骨導・ティンパノメトリー) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸検査 (簡易) <input type="checkbox"/> 神経伝導検査
検査結果 (画像)	<input type="checkbox"/> CD 有 (※超音波検査とホルター心電図のみ) <input type="checkbox"/> CD 無
身長・体重	cm kg

検査予約日	年 月 日 ()	予約時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
-------	-----------	------	---