①　共同利用　生理検査申込書

【依頼元医療機関用】

年　　　月　　　日

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

患者情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 香取おみがわ医療センター受診歴　　□ 有　　□ 無　　□ 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 | □ 腹部　□ 頸動脈　□ 甲状腺　□ 下肢動脈※１　□ 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 | □ ホルター心電図  □ 呼吸機能検査（ＶＣ・ＦＶＣ）  □ 血圧脈波伝播速度検査（ＰＷＶ/ＡＢＩ）  □ 標準聴力検査（気導・骨導・ティンパノメトリー）  □ 睡眠時無呼吸検査（簡易）  □ 神経伝導検査 |
| 検査結果（画像） | □ CD有（※超音波検査とホルター心電図のみ）　　□ CD無 |
| 身長・体重 | ｃｍ　　　　　　　　ｋｇ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査予約日 | 年　　 月　　 日（　 ） | 予約時間 | □午前　□午後　　　時　　分 |