

生理機能検査申込書 兼 診療情報提供書 (他院医師記入用)

紹介医療機関

紹介元医療機関

〒110-8645

東京都台東区東上野 2-23-16

ライオン・エクステンション研究所付属 永寿総合病院

代表電話 03(3833)8381

地域医療連携室 03(3833)8897

FAX 03(3834)2351

| | | | | | | | |
|-----------|--|-----|----|----|----|---|-----|
| フリガナ | | 明・大 | 年 | 月 | 日 | 歳 | 男・女 |
| 患者氏名 | 殿 | 昭・平 | | | | | |
| 永寿総合病院受診歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 診察券番号: | 身長 | cm | 体重 | kg | | |

| | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| 検査項目 | <input type="checkbox"/> にチェックして下さい (超音波検査は1項目のみ) | 必要に応じて部位を追加選択して下さい。 | | | | | |
| 超音波検査 | <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 上腹部超音波検査 | <input checked="" type="checkbox"/> 肝 | <input checked="" type="checkbox"/> 胆 | <input checked="" type="checkbox"/> 膵 | <input checked="" type="checkbox"/> 脾 | <input checked="" type="checkbox"/> 腎 | <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 |
| | <input type="checkbox"/> 下腹部超音波検査 | <input checked="" type="checkbox"/> 腎 | <input checked="" type="checkbox"/> 膀胱 | <input checked="" type="checkbox"/> 尿管 | <input type="checkbox"/> 前立腺 | <input type="checkbox"/> 子宮 | <input type="checkbox"/> 卵巣 |
| | <input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波検査 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他の表在・血管超音波検査 | <input type="checkbox"/> 耳下腺 | <input type="checkbox"/> 顎下腺 | <input type="checkbox"/> 頸部 | <input type="checkbox"/> 腎動脈 | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波検査 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 下肢動脈超音波検査 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 下肢静脈超音波検査 | | | | | | |
| その他 生理機能検査 | <input type="checkbox"/> 安静時心電図 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ホルター心電図 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> PWV・ABI | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 肺機能検査 | <input type="checkbox"/> 簡易 (VC・FVC) <input type="checkbox"/> 精密 (VC・FVC・FRC・DLCO) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 脳波 | | | | | | |

臨床診断と検査目的:

| | | | | | | | |
|---------------------|------|---|---|---|---|---|---|
| 検査予約日 | 実施日時 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 | 時 | 分 |
| 臨床診断名 | | | | | | | |
| 臨床経過 および 検査目的 | | | | | | | |

被験者チェックリスト。(依頼医師が記入して下さい)

| | | | |
|-----|--|--|---|
| 感染症 | <input type="checkbox"/> MRSA (+ - 不明) | <input type="checkbox"/> ワ氏 (+ - 不明) | <input type="checkbox"/> HCV (+ - 不明) |
| | <input type="checkbox"/> HBV (+ - 不明) | <input type="checkbox"/> その他 () | |