

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

アイ・アクション研究所付属 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 ()	