

生理機能検査検査申込書 兼 診療情報提供書(紹介元医師記入用)

紹介先医療機関
〒110-8645
東京都台東区東上野2-23-16
ライフ・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番号 03(3834)2351

紹介元医療機関
〒
住所
医療機関名
電話番号
FAX番号

フリガナ		☐ 明 ☐ 大	年 月 日	男・女
患者氏名	殿	☐ 昭 ☐ 平		
		☐ 令		
身長	cm	体重	kg	
永寿総合病院受診歴	☐ なし ☐ あり		診察券番号:	

検査項目	☐ 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	☐ 心臓超音波検査	
	☐ 上腹部超音波検査	☒ 肝 ☒ 胆 ☒ 膵 ☒ 脾 ☒ 腎 ☐ 腹部大動脈
	☐ 下腹部超音波検査	☒ 腎 ☒ 膀胱 ☒ 尿管 ☐ 前立腺 ☐ 子宮 ☐ 卵巣
	☐ 乳腺超音波検査	
	☐ 甲状腺超音波検査	
	☐ その他の表在・血管超音波検査	☐ 耳下腺 ☐ 顎下線 ☐ 頸部 ☐ 腎動脈 ☐ その他 ()
	☐ 頸動脈超音波検査	
	☐ 下肢動脈超音波検査	
	☐ 下肢静脈超音波検査	
その他 生理機能検査	☐ 安静時心電図	
	☐ ホルター心電図	
	☐ PWV・ABI	
	☐ 肺機能検査	☐ 簡易 (VC・FVC) ☐ 精密 (VC・FVC・FRC・DLCO)
	☐ 脳波	

臨床診断と検査目的:

検査予約日	年 月 日 午前・午後 時 分
臨床診断名 【必須入力】	
臨床経過 および検査理由	

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	☐ MRSA(+ ・ - 不明)	☐ ワ氏(+ ・ - 不明)	☐ HCV (+ ・ - 不明)
	☐ HBV (+ ・ - 不明)	☐ その他 ()	