

生理検査依頼書 兼 診療情報提供書

社会医療法人社団 健生会 立川相互病院

紹介元医療機関名

生理検査

住所:

□ 希望日

第一希望: 月 日() AM・PM

第二希望: 月 日() AM・PM

第三希望: 月 日() AM・PM

TEL:

FAX:

□ いつでもよい

予約日: 月 日() 時 分

依頼医師名:

印

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 女	大正 昭和 平成 年 月 日 歳
住所	〒		TEL - -

お申し込み検査

◆超音波検査

- | | | |
|--------------------------|----|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 10 | 腹部エコー |
| <input type="checkbox"/> | 11 | 甲状腺エコー |
| <input type="checkbox"/> | 12 | 乳腺エコー |
| <input type="checkbox"/> | 13 | 頸動脈エコー |
| <input type="checkbox"/> | 14 | 甲状腺エコー下穿刺 |
| <input type="checkbox"/> | 15 | 心エコー |
| <input type="checkbox"/> | 16 | 下肢静脈エコー |
| <input type="checkbox"/> | 17 | 下肢動脈エコー |
| <input type="checkbox"/> | 18 | 腎動脈エコー |
| <input type="checkbox"/> | 19 | 体表(皮膚)エコー |
| <input type="checkbox"/> | 20 | 上肢血管(シャント)エコー |

◆心電図検査

- | | | |
|--------------------------|----|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 21 | ホルター型心電図 |
| <input type="checkbox"/> | 22 | ホルター型心電図(24時間血圧測定) |
| <input type="checkbox"/> | 23 | トレッドミル心電図◎身長体重 必須 |

◆血圧脈波 ◎身長・体重 必須

- | | | | | |
|--------------------------|----|------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 24 | 血圧脈波 | <input type="checkbox"/> TBI追加 | <input type="checkbox"/> TBIなし |
|--------------------------|----|------|--------------------------------|--------------------------------|

◆脳波 ※脳波検査説明同意書 必須

- | | | | | |
|--------------------------|----|----|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 25 | 脳波 | <input type="checkbox"/> 覚醒 | <input type="checkbox"/> 覚醒睡眠 |
|--------------------------|----|----|-----------------------------|-------------------------------|
- △覚醒睡眠・・・使用薬剤指示 必須

◆呼吸機能検査 ◎身長・体重 必須

- | | | | |
|--------------------------|----|--------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 26 | 簡易呼吸機能 | |
| <input type="checkbox"/> | 27 | 精密呼吸機能 | |
| <input type="checkbox"/> | 28 | 薬剤呼吸機能 | △使用薬剤指示 必須 |

◆その他

- | | | |
|--------------------------|----|------------|
| <input type="checkbox"/> | 29 | 筋電図 |
| <input type="checkbox"/> | 30 | 運動知覚神経伝導速度 |
| <input type="checkbox"/> | 31 | 聴性脳幹反応 |
| <input type="checkbox"/> | 32 | 体性感覚誘発電位 |
| <input type="checkbox"/> | 33 | 視覚誘発電位 |

確認事項 ※該当する□にチェックをお願いします。

※脳波	<input type="checkbox"/> 説明・同意書作成済み	◎トレッドミル心電図・血圧脈波・呼吸機能検査	身長 cm	体重 kg
△使用薬剤	脳波	薬剤呼吸機能	<input type="checkbox"/> ベネリン吸入液()mL と インタール1管 <input type="checkbox"/> ベネリン吸入液()mL と 生食20mL1管	
	<input type="checkbox"/> トリクロロルsy10%()mL <input type="checkbox"/> ラホナ錠50mg()錠 <input type="checkbox"/> エスケル坐剤「250」()個 <input type="checkbox"/> エスケル坐剤「500」()個			

検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> スクリーニング	病名	
臨床診断・症状・経過			