

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:

TEL:

FAX:

予約日時

月 日 () :

依頼医師名:

印

患者ID	
フリガナ	
氏名	<input type="checkbox"/> 男 生年月日 大正 <input type="checkbox"/> 女 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"/>	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 (医師枠)
<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

※30・31・32は医師枠・技師枠両方予約可

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 <input type="checkbox"/> トリクロールsy10%()mL <input type="checkbox"/> ラホナ錠50mg()錠 <input type="checkbox"/> エスクレ坐剤「250」()個 <input type="checkbox"/> エスクレ坐剤「500」()個	筋電図 <input type="checkbox"/> 両上下肢 (2時間) <input type="checkbox"/> 片上下肢 (1時間)	薬剤呼吸機能 <input type="checkbox"/> ムプン吸入液1個 + インタール1管 <input type="checkbox"/> ムプン吸入液1個 + 生食()ml	
全検査	<input type="checkbox"/> シャントあり注意 (左・右)	甲状腺エコー	<input type="checkbox"/> 推定重量 ()g	

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