

生理機能検査依頼箋（診療情報提供書）

紹介元医療機関名：_____

紹介医師名：_____

電話番号：_____

検査予定日 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分～

<p>【患者情報】</p> <p>患者氏名； _____ 性別； 男性 ・ 女性</p> <p>生年月日(西暦)； _____ 年 _____ 月 _____ 日（ ） 歳</p> <p>身長； _____ cm 体重； _____ Kg</p>	<p>【臨床診断・臨床経過】</p>
<p>【検査項目】</p> <p>超音波； <input type="checkbox"/>腹部 <input type="checkbox"/>腎動脈 <input type="checkbox"/>甲状腺 <input type="checkbox"/>乳腺 <input type="checkbox"/>心臓 <input type="checkbox"/>頸動脈</p> <p><input type="checkbox"/>下肢動脈 <input type="checkbox"/>下肢静脈 <input type="checkbox"/>上肢動脈 <input type="checkbox"/>上肢静脈(シャント含む)</p> <p><input type="checkbox"/>ホルター心電図</p> <p><input type="checkbox"/>脈波伝播速度（PWV） <input type="checkbox"/>呼吸機能 <input type="checkbox"/>眼底カメラ</p> <p><input type="checkbox"/>簡易睡眠時無呼吸</p> <p>神経生理学： <input type="checkbox"/>脳波(EEG)</p>	<p>【検査目的・希望事項】</p>
<p><input type="checkbox"/>筋電図(EMG)</p> <p><input type="checkbox"/>神経伝導検査(NCS)</p> <p><input type="checkbox"/>体性感覚誘発電位(SEP)</p> <p><input type="checkbox"/>聴覚誘発電位(AEP)</p> <p><input type="checkbox"/>視覚誘発電位(VEP)</p> <p>(※お手数ですが脳波以外は、<u>詳細を別紙にご記入ください。</u>)</p> <p><input type="checkbox"/>負荷心電図・負荷心エコー (<u>別紙確認してください</u>)</p>	<p>【服用薬剤】 ※神経生理学検査の場合は、必ずご記入ください</p> <p>※検査結果(画像、波形など)の提供方法を下記よりお選びください。</p> <p><input type="checkbox"/>検査報告書のみ：画像・波形など必要なし</p> <p><input type="checkbox"/>CD-R 希望（エコーのみ）：(<input type="checkbox"/>当日手渡し <input type="checkbox"/>所見と一緒に郵送)</p> <p><input type="checkbox"/>写真(紙媒体)希望：後日郵送 <u>注) 神経生理学検査は報告書のみ</u></p> <p>※検査所見は、検査日から1～2週間かかります。</p> <p>※エコー画像以外の画像は、紙媒体でのお渡しになります。ご了承ください。</p> <p>※貴院での次回診察日をご記入ください。</p> <p>次回診察日（ _____ 月 _____ 日）</p>