

検 査 依 頼 書

焼津市立総合病院 様

※ 検 査 予 約 日 時

年	月	日
午前	時	分
午後	時	分

次のとおり患者の検査を依頼します。

フリガナ	性 別	男 ・ 女
患者氏名	生年月日 (T・S・H・R)	年 月 日
患者住所	電話番号	()

1. 検査を依頼する該当番号、項目に○印を付けてください。

	検査種別	項 目
1	心臓超音波検査	
2	頰動脈超音波検査 (右の項目に○を付けてください。)	①ドップラー加算「あり」 ②ドップラー加算「なし」
3	血圧脈波検査	
4	腹部超音波検査	
5	超音波検査 (各種)	乳腺・甲状腺・頰部・下肢血管・その他
6	サーモグラフィー検査	負荷 (有・無) (アルコール・冷水)
7	神経伝導検査	MCV・SCV (目的神経 等を下記コメント欄に記入)
8	脳波検査	睡眠脳波 (要・不要)
9	呼吸機能検査	スパイロ・残気量・DLCO

2. 検査を受ける患者様について 臨床症状、検査目的、検査部位、その他検査上の具体的な指示を記入してください。

コメント欄	

依頼日	年	月	日	依頼医	住 所
					病 ・ 医 院
					医 師 名
					電 話 番 号
					FAX 番 号