

FAX 04-7128-7194

東葛病院 地域医療連携課 宛て
TEL 04-7157-0530

診療情報提供書(検査依頼票)

検査名 (○で囲む)	超音波: 腹部 心臓 甲状腺 乳腺 頸動脈 下肢静脈 その他体表	
	ABI(足関節上腕血圧比) ホルター心電図 エルゴメーター	
	肺機能: VC(スパイロメトリー) FVC(フロボリュウムカーブ)	
	FRC(機能的残気量) DLCO(肺拡散能測定)	
その他: 骨密度 脳波		
カナ 氏名	男・女	希望日時
生年月日		① 月 日
M・T・S・H	年 月 日	② 月 日
TEL		③ 月 日
住所		
医療機関名		依頼医師
返送用FAX番号		
病名		
主訴・臨床経過・検査目的・コメント		
特別指示		
その他		
患者の状態: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
依頼に関する使用中の薬剤 ()		
前回検査: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日)		
身長 体重 : cm Kg 【ABI 肺機能検査時の必須項目】		