湘南東部総合病院

診 療 情 報 提 供 書

（生理検査申込書）

平成　　年　　月　　日

フリガナ		男 女	M T　　年　　月　　日生まれ S H　　（　　歳）
患者様 氏名			
住所			TEL　　（　　）
紹介元	所在地 医院名 医師名		

＊以下、該当部分に☑ または○をお付けください。

検査項目	□ 心電図 □ ホルター心電図 □ 負荷心電図 □ ﾏｽﾀｰｼﾝｸﾞﾙ　□ﾏｽﾀｰﾀﾞﾌﾞﾙ　□ﾏｽﾀｰﾄﾘﾌﾟﾙ □ ABI/PWV 身長　　cm　体重　　Kg □ 肺機能 身長　　cm　体重　　Kg □ 超音波（エコー）→　右から検査部位をお選びください □ 脳波 □ 重心動揺 □ 針筋電図　（別途診療情報提供書を送付してください。） 検査筋のご指定あればご記入ください。（　　） □ NCV（神経伝達速度） □ NCV上肢　□ NCV下肢 疾患名をご記入ください。（必須） （　　） 神経名　（必須） 上肢：□正中神経　□尺骨神経　□その他（　　） 下肢：□腓骨神経　□脛骨神経　□腓腹神経	エコー 検査部位	〈腹部エコー〉 □ 上腹部エコー □ 膀胱エコー □ 前立腺エコー □ 子宮・卵巣エコー 〈心エコー〉 □ 心エコー 〈表在エコー〉 □ 甲状腺エコー □ 乳腺エコー □ がん・頸部リンパ節 □ その他表在エコー □ （部位： 〈血管エコー〉 □ 頸動脈エコー □ 腎動脈エコー □ 下肢動脈エコー □ 下肢静脈エコー・深部 □ 下肢静脈エコー・表在
診断名	（主訴）　　（診断名）		
個人データ	・手術歴（時期・内容）　　有　・　無（　　）		
注意事項	※腹部エコー　　午前中検査の場合は朝食を控えてください。午後検査の場合は昼食を控えてください。 ※甲状腺・頸動脈エコー　　首もとが開いた服装でお越しください。 ※膀胱・前立腺・子宮卵巣エコー　　尿が溜まっていないと検査ができませんので、尿を溜めてお越しください。 ※脳波検査　　頭にクリームを塗りますので整髪系スプレーやクリームを付けずにお越しください。 ※心電図・脳波の検査結果は貸出しになります。検査結果ご確認後、返却していただきますのでご一報ください。 ※トレッドミルご希望の場合は循環器科外来を受診ください。		

検査日時	月　　日　　時　　希望　・　確定

＊ご記入いただきましたら、下記まで FAX お願い申し上げます。　　2011.8

FAX番号 0467-89-3630	湘南東部総合病院　地域連携室 TEL.0467-89-3633