

## 生理検査依頼票(診療情報提供書)

中部ろうさい病院 地域医療連携室 御中  
FAX: 052-652-5716

申込み日 令和 年 月 日

太枠内を必ずご記入下さい。

患者ID: — —	
フリガナ ( ) 患者氏名	中部労災病院の受診歴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ( ID: — — )
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 ( )才 (男・女)	所在地 医療機関名 医師氏名
電話番号 ( ) —	TEL・FAX
携帯電話 ( ) —	
診断名・既往歴・症状・治療経過など	
※生理検査は検査結果のみの郵送となります(当院医師の診断はありません)。	
超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 血管エコー検査 検査部位 ( 下肢静脈 ・ 下肢動脈 ・ 腎動脈 ・ シヤント )
上記以外の生理検査	<input type="checkbox"/> 肺機能検査(VC・FVCのみ) <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査(VC・FVC・FRC・DLCO・CV) <input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷検査 <input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷検査 & 心エコー <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査(ABI・PWV) <input type="checkbox"/> 呼気テスト <input type="checkbox"/> 簡易型睡眠時無呼吸検査 ※睡眠時無呼吸検査(PSG 1泊2日)については、別途依頼票(専用FAX用紙)があります。
希望日時	① 令和 年 月 日 ( ) AM・PM : 頃 ② 令和 年 月 日 ( ) AM・PM : 頃 ③ 令和 年 月 日 ( ) AM・PM : 頃

【お問い合わせ】 平日:8:15~19:30 ☎052-652-5950  
中部ろうさい病院 地域医療連携室