

## 診療情報提供書（生理検査依頼書）

(西暦) 年 月 日

**予約専用 FAX**  
**0795-88-5231**

紹介元医療機関

医療機関名

医師名

TEL

FAX

兵庫県立丹波医療センター宛

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 )
氏名		TEL	
(旧姓)	(旧姓 )	当院受診歴	有 ・ 無
住所	〒		
検査希望日	① 月 日    ② 月 日    ③ いつでも可		
検査目的 (コメント)	検査依頼内容、症状、既往歴及び家族歴、現在の処方等をご記入ください		
検査結果の至急 FAX : <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			

心電図 血圧脈波検査	超音波検査
<input type="checkbox"/> 安静時心電図 (標準 12 誘導) <input type="checkbox"/> 長時間心電図 (ホルター心電図) <input type="checkbox"/> 血圧脈波	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腎・泌尿器 (腎臓・尿管・膀胱・前立腺) <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 (DVT) <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 腎静脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈
聴力検査	呼吸機能検査
<input type="checkbox"/> 標準音聴力検査 (気導・骨導) <input type="checkbox"/> 標準語音聴力検査	<input type="checkbox"/> 肺活量 (VC+FVC) <input type="checkbox"/> 気道可逆性試験 (VC+FVC+薬物負荷後 FVC) * 気道可逆性試験に使用する薬剤はご持参ください <input type="checkbox"/> 精密肺機能検査 (VC+FVC+FRC+DLCO)
神経伝達速度	脳波検査 <small>安静が保てない場合は検査できません</small>
ペースメーカー ( 有 ・ 無 ) ICD ( 有 ・ 無 )	<input type="checkbox"/> 脳波 (覚醒時 PS/HV あり) <input type="checkbox"/> 聴性誘発反応 (ABR)
<input type="checkbox"/> 正中神経 (運動・感覚) <input type="checkbox"/> 尺骨神経 (運動・感覚) <input type="checkbox"/> 正中+尺骨神経 (運動・感覚) <input type="checkbox"/> 橈骨神経 (運動・感覚) <input type="checkbox"/> 脛骨+腓腹神経 (運動・感覚) <input type="checkbox"/> 腓骨+腓腹神経 (運動・感覚) <input type="checkbox"/> 脛骨+腓骨+腓腹神経 (運動・感覚) <input type="checkbox"/> 顔面神経 (運動)	睡眠時無呼吸検査
	<input type="checkbox"/> 簡易型終夜睡眠ポリグラフィー