

県立丹波医療センター患者紹介票（地域医療連携センター）

（地域医療連携センター直通 TEL 0795-88-5220 FAX 0795-88-5231）

生理検査受託項目専用

施設名 _____

医師名 _____

TEL _____ FAX _____

【旧姓】 _____

ふりがな _____

患者氏名 _____ (男・女)

生年月日 M.T.S.H 年 月 日
(才)

〒 _____

住 所 _____

自宅電話 _____

<希望する検査>

依頼項目にチェックを入れて下さい

結果至急 FAX 要 ・ 不要

安静心電図(標準12誘導)		超音波検査	
長時間心電図(ホルター心電図)		心臓	
血圧・脈波(ABI)		上腹部	
呼吸機能検査		甲状腺	
肺活量(VC+FVC)		乳腺	
機能的残気量(VC+FVC+FRC)		頸動脈	
肺拡散能(VC+FVC+FRC+DLCO)		下肢深部静脈	
聴力検査		神経伝導速度検査	
標準純音		正中神経(運動・感覚)	
簡易聴力		尺骨神経(運動・感覚)	
標準語音		正中神経+尺骨神経(運動・感覚)	
他覚的聴力検査(OAE)		橈骨神経(運動・感覚)	
脳波検査 読影希望(有・無)		脛骨神経+腓腹神経(運動・感覚)	
脳波(覚醒時 PS・HVあり)		腓骨神経+腓腹神経(運動・感覚)	
聴性誘発反応(ABR)		脛骨神経+腓骨神経+腓腹神経(運動・感覚)	

<ご紹介内容点>

主訴：病名：既往症：家族歴：症状経過

検査結果：治療経過：現在の処方

(紹介の目的)

受診第1希望日 _____ 月 _____ 日 ()

第2希望日 _____ 月 _____ 日 ()

(医院→県立丹波医療センター)

注1：生理検査は、検査予約が可能です。目的、症状経過などを明記ください。

注2：保険情報の記入は必要ありません。*患者様が来院の際には必ず保険証を持参して下さい*