**【**患者基礎情報】 【紹介元】

**検 査 申 込 書**

ふりがな 　 紹 介 日 年　 　 月 　　日

氏名 　 　 　　（ 男 ・ 女 ） 　 医療機関名

T ・ S

H ・ R

生年月日　　　　　 　年　 　月 　 　日(　 　歳) 　医 師 名

住所 　　 　　　　　　　　 　　 　 TEL 　 　　　( 　　)

 　 FAX 　 　　　( 　　)

電話( 　　　　　　　) 携帯( 　　　　　　　　　　) 　□外来患者の紹介　　□入院中の患者の紹介

【検査紹介】（**CT･MRI･PET/CT・RI検査**については、専用の申込用紙がございますのでそちらをご利用ください）

□超音波検査（部位　　　　　 　　） □**※**心臓超音波（UCG）

□**※**トレッドミル □**※**心肺運動負荷試験（心リハCPX）

□ABI □脳波**(検査のみ、判読ありません)**

□心電図 □**※**ホルター心電図(検査翌日の再来院が必要です)

□**※**簡易睡眠ポリグラフィ(検査翌日の再来院が必要です)

□**簡易**フローボリューム検査 □※胸部レントゲン

□筋電図(以下もご指定ください)

（□正中神経　　□尺骨神経　　□脛骨神経　　□腓骨神経　　□腓腹神経　　□その他（　　　　　　））

（□MCV　　□SCV　　□F波　）＋（□左右　　□左　　□右　）

□**※**骨密度検査(以下もご指定ください)

 測定部位（□腰椎　　□腰椎+右股関節　　□腰椎+左股関節）

体内金属（□なし　　□腰椎金属あり　□（左・右）股関節金属あり）

 結果媒体（　　CD-R　　　紙レポート　　）

**【傷 病 名】**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**【検査部位】**（　　　　　　　　　　 　　）＊左右どちらかも必ずご記入下さい。

**【希 望 日】** □いつでも良い

**検査データのお取り扱い**

□当日お渡し　□後日郵送

※印検査は持帰不可

□希 望 日 (①　 　　　 　②　　　　　 　③　　　　　 　）

□不都合日 (① 　　　 　　②　　　 ③　　　　　 　）

傷病名

既往歴

身　長(　　　　　　　cm) 体　重(　　　　　　　kg)

診療情報（貴院の書式でもかまいません。その他ご要望あればお知らせください。）

**佐久医療センター　高機能診断センター**

**TEL 0267-88-7956　　　FAX 0267-88-7219**