

# 検査申込書

## 【患者基礎情報】

ふりがな \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)  
生年月日 <sup>T・S</sup> \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
<sub>H・R</sub>  
住所 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ]  
\_\_\_\_\_  
電話( \_\_\_\_\_ ) 携帯( \_\_\_\_\_ )

## 【紹介元】

紹介日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
FAX \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 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)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 超音波検査(部位 _____)  | <input type="checkbox"/> ※心臓超音波(UCG)             |
| <input type="checkbox"/> ※トレッドミル  | <input type="checkbox"/> ※心肺運動負荷試験(心リハ CPX)      |
| <input type="checkbox"/> ABI  | <input type="checkbox"/> 脳波(検査のみ、判読ありません)        |
| <input type="checkbox"/> 心電図  | <input type="checkbox"/> ※ホルター心電図(検査翌日の再来院が必要です) |
| <input type="checkbox"/> ※簡易睡眠ポリグラフィ(検査翌日の再来院が必要です)   |  |
| <input type="checkbox"/> 簡易フローボリューム検査   | <input type="checkbox"/> ※胸部レントゲン                |
| <input type="checkbox"/> 筋電図(以下もご指定ください)  |  |
| ( <input type="checkbox"/> 正中神経 <input type="checkbox"/> 尺骨神経 <input type="checkbox"/> 脛骨神経 <input type="checkbox"/> 腓骨神経 <input type="checkbox"/> 腓腹神経 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) ) |  |
| ( <input type="checkbox"/> MCV <input type="checkbox"/> SCV <input type="checkbox"/> F波 ) + ( <input type="checkbox"/> 左右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 )               |  |
| <input type="checkbox"/> ※骨密度検査(以下もご指定ください)   |  |
| 測定部位( <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎+右股関節 <input type="checkbox"/> 腰椎+左股関節 )   |  |
| 体内金属( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 腰椎金属あり <input type="checkbox"/> (左・右)股関節金属あり )   |  |
| 結果媒体( <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 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  
 希望日 (① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ )  
 不都合日 (① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ )

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

## 検査依頼内容(その他ご要望あればお知らせください)

※診療情報提供料算定される際は別紙添付してください

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