

聴性脳幹反応検査依頼書

藤枝市立総合病院
病 院 長 様

次のとおり患者の検査を依頼いたします。

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	年	月	日
患者氏名		性別	男・女	年齢		才
患者住所		電話番号	()			

※ 検査を依頼する該当項目に○印をつけて下さい。

注意)	
通常は二重測定にて2000カウントの記録を行います。 刺激を下げて記録する場合は1000カウントで行います。	
1	左右の刺激側誘導波形を90dBのみ記録する。
2	左右の刺激側誘導波形を記録する。 注意) 90dBで波形が検出できない場合はMaxで刺激を行い、記録する。
3	左右の刺激側誘導波形を90、70、50、30dBにて記録する。
4	1～3以外は下記の条件を選択する。(○)か、条件をご記入下さい。 刺激 : 右・左・左右同時 他 () 誘導 : 刺激側・左右同時 他 () 強度 : Max・90・70・50・30dB 他 ()

※ 臨床症状・検査希望のポイント

--

※ 事前に藤枝市立総合病院生理検査室に予約日をお問い合わせ下さい。

(TEL番号 直通 054-646-1146)

検査予約日時：令和	年	月	日 (午前・午後)	時	分
	検査依頼日	令和	年	月	日

依頼医 住 所 〒

病医院名

医師名

電話番号

()

印

オープン検査を受ける患者さんへ

あなたの 検査 の

予約日時は 月 日 時 分 です

- ・検査当日は、予約時間の**15分前**までに、それぞれの受付に直接お越しください。
(玄関の中央受付にはお立ちより不要です)
- ・受付で検査依頼書と紹介医療機関から預かったものをお出しください。
- ・**「超音波検査」で「腹部検査」を受ける方は、3時間前より絶食**としてください。
水分(水・茶)は摂取できます(乳製品は摂らないでください)。
- ・検査終了後、係員の指示があるまでお待ちください。(当院での会計はありません)

ア	超音波検査	10番受付(1階)
イ	骨密度測定	12番受付(1階)
ウ	X線一般撮影	12番受付(1階)
エ	マンモグラフィー	12番受付(1階)
オ	心電図(12誘導)	27番受付(2階)
カ	大動脈脈波伝播速度検査	27番受付(2階)
キ	神経伝導速度検査	27番受付(2階)
ク	聴性脳幹反応検査	27番受付(2階)
ケ	脳波検査	27番受付(2階)
コ	呼吸機能検査(スパイログラフィー)	27番受付(2階)
サ	呼気NO濃度測定検査	27番受付(2階)

☆ 予約を変更される場合は、患者さんより紹介元医療機関へご相談ください

藤枝市立総合病院