

オープン検査依頼書

藤枝市立総合病院 院長様

次のとおり患者の検査を依頼します。

※総合病院記入欄

ふりがな _____ 【患者氏名】 _____ 【住 所】 _____	【性 別】 男 ・ 女 【生年月日】 M ・ T ・ S ・ H ・ R _____ 年 _____ 月 _____ 日 【電話番号】 _____
---	--

※依頼検査の該当項目及び神経部位に○印を記入してください。

【検査項目】

() I 心電図検査

() II PWV・ABI 検査(動脈硬化検査)

() III 運動神経伝達速度(MCV)

() IV 知覚神経伝導速度(SCV)

☆神経伝導速度検査部位

①尺骨神経 ②正中神経 ③脛骨神経 ④腓腹神経

⑤その他()

(注意)脛骨神経はMCVのみ、腓腹神経はSCVのみの検査となります。

() V 脳波 ※脳波賦活の有無に○をしてください。

(【賦活】有・無 【賦活内容】開閉眼・光・過呼吸)

() VI 睡眠時無呼吸検査スクリーニング

() VII 呼吸機能検査(スパイログラフィー)

() VIII 呼気NO濃度検査

() IX フィルムアレイ呼吸器パネル検査 ※ 検体提出は平日 8:30~15:00

【臨床症状・検査希望のポイント】

--

【予約連絡先】

- 生理検査室(電話:054-646-1146)
● 区「フィルムアレイ呼吸器パネル検査」は地域医療連携室(054-646-1175)

【検査予約日時】	令和	年	月	日 ()	時	分
【依頼日】	令和	年	月	日 ()		

依頼医 【病院名】 _____
 【住 所】 _____
 【医 師 名】 _____
 【電話番号】 _____

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