

(A)検査依頼書兼診療情報提供書

年 月 日

(超音波・血圧脈波・ホルター心電図・脳波・尿素呼気試験検査申込書)

虎の門病院

FAX 03-3560-7878

内科

検査担当 先生

*必ずFAX及びTEL番号を御記入下さい。

〒
所在地

医療機関名

TEL

FAX

医師氏名

①FAX送信前に、電話で予約をお取りください。

②予約が取れた日時(検査日)をご記入ください

予約日 年 月 日 時 分

③この用紙に必要事項をご記入の上、FAXして下さい。
折り返し「検査の注意書き」をFAXいたします。

※医療券(難病等)をお持ちの方のみご記入下さい→

当検査の公費適用

(有・無)

虎の門病院受診歴	(有・無)	虎の門病院登録番号	-	-	-
----------	-------	-----------	---	---	---

フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日	男 ・ 女
患者氏名			平・令 (歳)	
住 所	〒		自宅TEL	
			日中連絡先	

超音波検査 (□にチェックして下さい)	☐ 腹部超音波	☐ 甲状腺超音波
	☐ 心臓超音波(UCG)	☐ 頸動脈超音波
	☐ 下肢深部静脈超音波	
血圧脈波検査	☐ 血圧脈波(PWV/ABI)検査	
心電図検査	☐ ホルター心電図 (次の日16時迄に機械を要返却)	
脳波検査	☐ 脳波検査	
尿素呼気試験	☐ 尿素呼気試験	

臨床診断・主訴

検査目的

脳波検査の場合のみ、下記にご記入ください

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1.けいれん発作の既往 (有・無) | 4.呼吸器疾患の既往 (有・無) |
| 2.意識消失発作の既往 (有・無) | 5.その他 () |
| 3.心臓疾患の既往 (有・無) | |

※睡眠賦活は自然睡眠のみです。薬物による睡眠賦活は現在行っておりません。

下肢深部静脈超音波検査の場合のみ、下記にご記入ください

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1.身体所見 右大腿(浮腫・発赤・疼痛/圧痛) | 2.深部静脈血栓の既往 (有・無) |
| 右下腿(浮腫・発赤・疼痛/圧痛) | 3.手術(腹部)の既往 (有・無) |
| 左大腿(浮腫・発赤・疼痛/圧痛) | 4.肺塞栓の既往 (有・無) |
| 左下腿(浮腫・発赤・疼痛/圧痛) | 5.Dダイマー計測 (無) |

頸動脈超音波検査の場合のみ、下記にご記入ください

- | | |
|----------------|--------------|
| 1.脳梗塞の既往 (有・無) | 3.高血圧 (有・無) |
| 2.頸部血管雑音 (有・無) | 4.糖尿病 (有・無) |
| | 5.高脂血症 (有・無) |