

検査予約申込書(FAX送信票)

年 月 日

<<送信先>>

<<紹介元医療機関名>>

FAX 076-461-7744

富山西総合病院

地域サポートセンター TEL

〒939-2716

富山県富山市婦中町下轡田1019

FAX

電話 076-461-7730(直通)

ふりがな	性別	生年月日
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 歳
住所		連絡先(TEL)
受診希望日(第1希望)	受診希望日(第2希望)	
月 日 () AM・PM	月 日 () AM・PM	

【検査項目】

呼吸機能検査

CAVI/PWV

ホルター心電図 (医師判読 有り 無し) ※結果は後日郵送になります

心臓超音波検査 ※結果は後日、医師の判読後にお持ちします

検査目的: 心機能評価 その他(

症状: 胸痛 めまい 意識消失発作 呼吸困難 不明熱 動悸 なし

既往: 高血圧 糖尿病 脳梗塞 狭心症 心雑音 心電図異常 なし

その他(内服薬等) ()

頸動脈超音波検査

既往: 脳梗塞 高血圧 糖尿病 高脂血症 なし

下肢超音波検査(下肢静脈血栓の検索)

症状部位: 右大腿 左大腿 右下腿 左下腿 なし

既往: 深部静脈血栓 肺塞栓症 (腹部・下肢)手術の既往 なし

神経伝導速度検査(ご希望の神経を選択してください)

正中神経(R・L) 尺骨神経(R・L) 脛骨神経(R・L) 腓骨神経(R・L)

DMルーチン ※DMルーチン: 正中神経MCV・SCV、脛骨神経MCV、腓腹神経SCV 左右計8神経

【検査結果のご提供】

検査後、患者様にお渡しする ※心臓超音波、ホルター心電図は後日郵送になります(1週間程度)

※本検査予約申込書をFAXでお送りください。(FAX送信後に地域サポートセンターまでお電話をお願いします。)

※FAXの受付時間は、平日8:30~16:30、土曜日8:30~12:00となっております。

※予約日時確定後、富山西総合病院より検査予約票をFAXで送信いたします。患者様へお渡しください。

富山西総合病院 検査室記入欄

検査予約日 月 日 () 時 分