

情報提供書（兼 検査依頼書）

フリガナ		医療機関名
患者様氏名	様	
生年月日	年 月 日 (歳)	御住所
性別	男 ・ 女	電話
当院診察券番号	有 () ・ 無	F A X
検査日時	年 月 日 時 分	御担当医

検査結果報告方法 ※検査結果報告方法必ずはご記入お願いします。

結果返信方法	チェック
当日検査結果をファックスする。+後日結果報告書を郵送。	<input type="checkbox"/>
当日結果報告書を患者さんに渡す。	<input type="checkbox"/>
後日結果報告書を郵送する。	<input type="checkbox"/>

ご依頼検査項目

(ご依頼検査項目にチェックをお願いします。)

検査項目	検査内容	チェック
心電図検査	12誘導心電図検査	<input type="checkbox"/>
負荷心電図検査	マスター負荷試験 (シングル)	<input type="checkbox"/>
	マスター負荷試験 (ダブル)	<input type="checkbox"/>
ホルター心電図検査	24時間機器貸し出し 不整脈、虚血性心疾患検査	<input type="checkbox"/>
携帯型心電図検査	(不整脈検査 2週間機械貸し出し)	<input type="checkbox"/>
ABI-PWV検査	血圧脈波検査 (動脈硬化、血管年齢、ASO検査)	<input type="checkbox"/>
スリープ検査	睡眠時無呼吸症候群検査 (2日間機械貸し出し)	<input type="checkbox"/>
肺活量検査	FVC, SVC, 肺年齢測定	<input type="checkbox"/>
眼底検査	動脈硬化検査	<input type="checkbox"/>
眼圧検査	緑内障、高眼圧症、網膜剥離検査	<input type="checkbox"/>

ご依頼検査目的

【検査目的】

【臨床所見・既往】

医療法人財団謙仁会亀有病院

予約センター電話番号直通

03-3601-0371

代表 03-3601-0186

FAX 03-3604-5518