

共同利用検査予約依頼票(FAX用)

令和 年 月 日

加賀市医療センター 地域連携センター 宛 FAX 0761-76-5161

依頼元	医療機関名	医師名
	電話番号	
	FAX番号	

検査名	該当するところにチェックしてください			
	<input type="checkbox"/> 神経伝導速度	<input type="checkbox"/> 正中神経 <input type="checkbox"/> 尺骨神経 <input type="checkbox"/> 橈骨神経 <input type="checkbox"/> 脛骨神経 <input type="checkbox"/> 腓骨神経 <input type="checkbox"/> 腓腹神経 <input type="checkbox"/> 糖尿病セット(片側上下肢6神経) <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 脳波検査			<input type="checkbox"/> 既往(てんかん、梗塞、外傷)	
<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	<input type="checkbox"/> 閉塞疑い <input type="checkbox"/> 狭窄疑い		<input type="checkbox"/> 既往(心電図異常:af)	
<input type="checkbox"/> ABI検査		身長 体重	cm kg	<input type="checkbox"/> 既往(糖尿病、透析、血管再建術後)
<input type="checkbox"/> 呼吸機能検査		身長 体重	cm kg	<input type="checkbox"/> 喫煙あり 喫煙歴 年 本/日
検査目的・コメント				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(HBS抗原・HCV・MRSA)			
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 介助要(車椅子・ストレッチャー)			
検査希望日	<input type="checkbox"/> 希望 月 日()		<input type="checkbox"/> 指定なし	

※ 検査結果は、検査後、出来次第すぐにお渡しします。

患者基本情報

ふりがな				性別
患者氏名				男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日(歳)
ご住所	(〒 -)			
電話番号	(- -)			