

# 地域医療連携 生理検査依頼(連絡用)

検査日時	年          月          日  午前                                  時          分 午後	内部連絡欄:ここは記載しないでください  ID : _____  医院 : _____  医師 : _____
	患者氏名	様
病名 (基礎疾患等)		
検査目的		
提出形式	CD提出となります。いずれかを選択してください <input type="checkbox"/> PC閲覧用 ; JPEGとMPEG (通常のPCで閲覧可) <input type="checkbox"/> 電カル取り込み用 ; 超音波のみDICOM形式 (ビューアソフトはついていません)	
検査項目	<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心臓(身長:                      cm、体重;                      Kg) <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 腹部 部位を○で囲んでください(肝・胆・膵・腎・脾 その他;                      ) <input type="checkbox"/> 関節 部位を記載してください 手指関節 ; 左(部位:                      ) 右(部位:                      ) 手関節 ; 左/右          肘関節 ; 左/右          膝関節 ; 左/右 その他 ; (                      ) <input type="checkbox"/> その他 (                      )	
	<input type="checkbox"/> 脳波 (ビューアソフト付きのCDにて提出します) <input type="checkbox"/> 覚醒 <input type="checkbox"/> 自然睡眠 <input type="checkbox"/> 薬剤睡眠 (患者さんに眠剤を持参させてください)	
必要事項を チェックしてください	<input type="checkbox"/> 心肺運動負荷試験 (CPX) ・ 目的を選択してください <input type="checkbox"/> 運動耐容能評価 (初回) <input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> その他 (                      ) ・ 負荷様式を選択してください <input type="checkbox"/> エルゴメーター <input type="checkbox"/> トレッドミル	
	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 (24時間圧縮波形は原則として提出しませんのでご了承ください) <input type="checkbox"/> レポートのみ <input type="checkbox"/> レポート+解析データ	
	<input type="checkbox"/> PWV/ABI	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病合併症 セット検査 (下記①～④) ①頸動脈超音波 ②神経伝導検査 <sup>(※1)</sup> ③PWV/ABI ④心電図(CV R-R検査)	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病合併症 単項目検査 (検査項目を選択してください) <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 <input type="checkbox"/> 神経伝導検査 <sup>(※1)</sup> <input type="checkbox"/> PWV/ABI <input type="checkbox"/> 心電図(CV R-R 検査)	
	<sup>(※1)</sup> 心臓デバイス植え込み患者の神経伝導検査を依頼する際は、デバイス手帳のコピーを事前にFaxしてください  ※合併症検査は糖尿病に限らず依頼可能です	
	<input type="checkbox"/> その他 (                      )	
備考 (連絡事項)		