地域医療連携　生理検査依頼（連絡用）

検査日時	年　月　日 午前 午後　時　分	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 ☐ PC閲覧用 ; JPEGとMPEG（通常のPCで閲覧可） ☐ 電カル取り込み用 ; 超音波のみDICOM形式（ビュアーソフトはついていません）	
検査項目 必要事項を チェックしてください	☐ 超音波 ☐ 心臓（身長;　cm　体重;　Kg） ☐ 腹部　部位を〇で囲んでください（ 肝･胆･膵･腎･脾　その他;　） ☐ 頚動脈 ☐ 関節　検査部位を記載してください （　） ☐ その他 （　）	
	☐ 脳波 （ビュアーソフト付きのCDにて提出します） ☐ 覚醒　☐ 自然睡眠　☐ 薬剤睡眠（患者さんに眠剤を持参させてください）	
	☐ 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） ☐ レポートのみ　☐ レポート＋解析データ	
	☐ CAVI/ABI	
	☐ 糖尿病合併症検査（項目を選択してください） ☐ 頚動脈超音波 ☐ 神経伝導検査 （ペースメーカの有無を〇で囲んでください / あり・なし ） ☐ 電流知覚閾値検査（CPT） ☐ CAVI/ABI ☐ 心電図（CV R-R 検査） ※ 合併症検査は糖尿病に限らず依頼可能です	
	ペースメーカを植え込んでいる患者さんは、当日、ペースメーカ手帳を持参してください	
備考 （連絡事項）		

太田西ノ内病院　生理検査科