

診療情報提供書（一般生理検査）

予約日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
時刻 _____ 時 _____ 分

医療機関の所在地
及び名称
電話番号
医師氏名 _____ 印

医療法人 南労会 紀和病院
和歌山県橋本市岸上 18 番地の 1
電話番号 0736-33-5000
FAX番号 0736-33-5100
医師氏名 _____ 行

(患者) 刀ガナ 氏名 _____ 様 男・女 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (満 _____ 歳)	臨床診断
	検査目的

検査項目 : 以下より にチェックを入れて下さい。
*この用紙内の複数項目依頼可。

心電図

血圧脈波 (ABI)

- *動脈瘤のある方は検査を行うことができません。
- *不整脈の頻度が高い時、頻脈の時は測定できません。
- *シャント造設をしていますか？ → (はい・いいえ) (右・左)
- *下肢に深部静脈血栓症がありますか？ → (はい・いいえ) (右・左)

呼吸機能検査

所見：

技師 _____ 診断医 _____