

## 生理機能検査依頼票

患者氏名

生年月日

施設名

予約日時                      年              月              日              時              分

<依頼項目>      項目にレ点のチェックをしてください

超音波検査      ☐腹部    ☐心臓    ☐甲状腺    ☐乳腺  
                         ☐頸動脈    ☐下肢静脈    ☐その他（                      ）

※心臓以外の2領域同日検査は、算定が制限されるため、ご注意ください。

- ☐ 心電図
- ☐ ホルター心電図（24時間） ※結果報告：10日後
- ☐ A B I                      （身長                      c m              体重                      k g）
- ☐ 肺機能検査              （身長                      c m              体重                      k g）
- ☐ FeNO 検査

検査目的・主訴・検査データの記入をお願いします

市立湖西病院    臨床検査科