朝日生命成人病研究所附属医院　行

**はじめにお電話でご予約をお願いします！　医療連携部 TEL：０３-３６３９－５４８７**

生理検査依頼ＦＡＸ送信票

**【患者さん情報】**　［医院使用欄：　　　　　　］

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名：　　　　　　　　　　　　　　様（男・女）

生年月日：西暦　　　　　年　　　月　　　日

日中ご連絡先TEL：　　　　-　　　　-

**【ご依頼元医療機関様】**

（名称・住所・TEL）

（診療科・ご担当医）

先生

上下の枠内にご記入・○印のうえ、末尾記載の番号宛ＦＡＸでお送りください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご予約日時 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 |  |
| ご希望の検査項目 | 1.頚動脈エコー  |  |
| 2.末梢神経伝導速度 |
| 3.脈波 |
| 4.心エコー |
| 5.腹部エコー |
| 6.甲状腺エコー |

**【ご依頼内容】**※心エコー予約時には６ヵ月以内の心電図を添付ください。ない場合は当院で施行いたします。

（2019.12）

|  |  |
| --- | --- |
| 主訴・検査目的 |  |
| 病名 |  |
| 身長・体重 | 身長　　　　　．　ｃｍ　　体重　　　　　．　ｋｇ 血圧　　　/ mmHg |
| 既往歴 |  |
| 症状経過および検査結果 |  |
| 現在の処方 |  |

**ＦＡＸ番号：０３－３６３９－５５２８** 朝日生命成人病研究所附属医院 医療連携部　行