

## 生理検査依頼 F A X 送信票

【患者さん情報】 [医院使用欄: ]

フガナ

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 F A X 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. 頸動脈エコー 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カ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。

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	