

診療情報提供書 (兼生理検査依頼票)

高島平中央総合病院 外来担当医 殿

フリガナ
氏 名

生年月日

性 別 男 ・ 女

(才)

連絡先 (日中連絡の取れる電話番号)

(- -)

紹介元医療機関名の所在地及び名称

ご担当医師名

印

予約日時

月 日 午前 午後 時 分

身長

体重

cm

kg

ご 案 内

当日は検査予約時間の10分前に1階総合受付へお越し下さい。
お薬を処方されている方は、担当医の指示に従って服用して下さい。

◎超音波検査を受けられる方へ

(上腹部を受けられる方)

午前予定の方は前日21時以降、午後予定の方は当日8時以降食事を取らないで下さい。(水・お茶は可)

(下腹部を受けられる方)

尿検査や下腹部の検査をする場合がありますので、検査の2時間程前から尿を溜めて来院して下さい。

※他検査項目は事前の注意事項はありません。当日検査科スタッフより説明させていただきます。

○交通機関のご案内

電 車

都営三田線西台駅下車徒歩5分

バ ス

国際興業バス

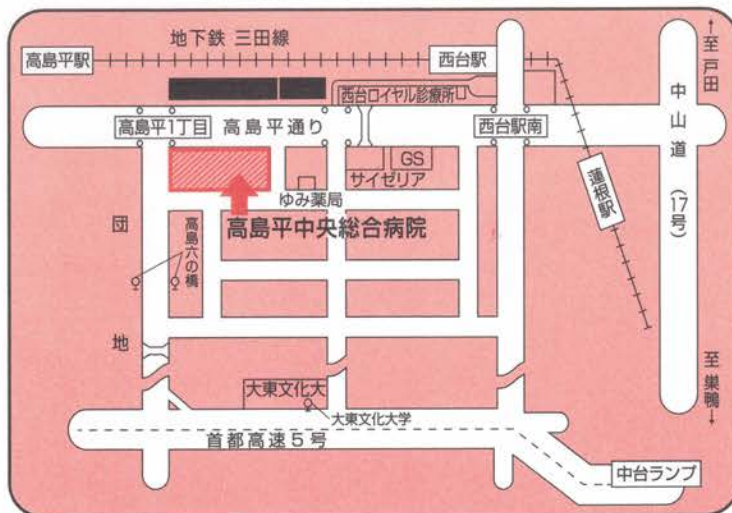
東練01 東武練馬駅～浮間舟渡駅間
「高島六の橋」下車5分

東練01-2 東武練馬駅～高島平駅間
「高島六の橋」下車5分

赤02 赤羽西口～成増駅間
「大東文化大学」下車5分

赤56 赤羽西口～高島平操車場間
「西台駅」下車5分

○病院のご案内図



高島平中央総合病院

〒175-0082 東京都板橋区高島平1-73-1 ☎03-3936-7451 (代)
<http://www.ims.gr.jp/takashimadaira-hosp/>

診療情報提供書 (兼生理検査依頼票)

高島平中央総合病院 外来担当医 殿

フリガナ
氏 名 _____

生年月日 _____

性 別 男 ・ 女 _____ (才)

連絡先 (日中連絡の取れる電話番号)
(- -)

紹介元医療機関名の所在地及び名称 _____

ご担当医師名 _____ (印)

予約日時 月 日 午前 午後 時 分	身長 体重 _____ _____ cm kg
------------------------------------------------	----------------------------------------------

生理検査関連	超音波検査関連
<input type="checkbox"/> 心電図 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 3分間 <input type="checkbox"/> 起立試験) <input type="checkbox"/> マスター負荷心電図 <input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ダブル <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 読影あり(結果後日) <input type="checkbox"/> 読影なし(結果後日) <input type="checkbox"/> 肺活量 (<input type="checkbox"/> VC <input type="checkbox"/> VC + FVC) <input type="checkbox"/> 聴力検査 (<input type="checkbox"/> 簡易 <input type="checkbox"/> オーディオ <input type="checkbox"/> チンパノ) <input type="checkbox"/> 脳波検査 <input type="checkbox"/> 読影あり(結果後日) <input type="checkbox"/> 読影なし <input type="checkbox"/> ABI/PWV (血圧脈波) <input type="checkbox"/> SAS (睡眠時無呼吸簡易検査) (結果後日)	心臓 <input type="checkbox"/> 読影あり(結果後日) <input type="checkbox"/> 読影なし <input type="checkbox"/> 上腹部 (肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・脾臓) <input type="checkbox"/> 下腹部 (腎臓・膀胱・前立腺) <input type="checkbox"/> 陰嚢 <input type="checkbox"/> 下腹部 (腎臓・膀胱・子宮・卵巣) <input type="checkbox"/> 下肢静脈 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両下肢) <input type="checkbox"/> 下肢動脈 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両下肢) <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 腎動脈 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 体表 (部位 : _____) <input type="checkbox"/> その他

臨床診断名	検査結果	<input type="checkbox"/> 当日の本人渡し <input type="checkbox"/> 後日郵送
主症状		

検査目的 _____

※その他、コメント等がございましたら、下記へ記入して下さい。	検査年月日	年 月 日
	担当技師名	