生 理 検 査

様

検 査 日：　　年　　月　　日　　時　　分

診 療 科：　　科　　病 棟：

年 齢：　　歳、 身 長：　　cm、 体 重：　　kg

依頼項目にチェック☑して下さい。 ポータブル検査は、ポータブル欄にもチェックして下さい。

1. 心電図検査

- ☐ 標準12誘導　（☐ ポータブル）
- ☐ 標準12誘導＋CVRR
- ☐ レートポテンシャル
- ☐ ホルター心電図
- ☐ マスター負荷心電図シングル
- ☐ マスター負荷心電図ダブル
- ☐ マスター負荷心電図トリプル
- ☐ トレッドミル負荷（循環器内科または小児科受診必要）
- ☐ イベント（循環器内科受診必要）

2. 呼吸機能検査　＊ 身長・体重記入必須

- ☐ 肺機能セット（VC＋FVC）
- ☐ VC＋FVC＋FRC
- ☐ DLco

3. 脳波検査（☐ ポータブル）

- ☐ 覚醒
- ☐ 睡眠
- ☐ 賦活

CD-R（医療連携のみ）
- ☐ 要
- ☐ 不要

4. 血圧脈波検査　＊ 身長・体重記入必須

- ☐ ABI
- ☐ SPP

5. 脳幹誘発電位検査

- ☐ ABR
- ☐ 新生児聴覚スクリーニング検査

6. 睡眠時無呼吸検査　＊ 身長・体重記入必須

- ☐ 簡易型終夜睡眠ポリグラフィー

7. 神経伝導速度検査　＊ 病名記入必須

- ☐ 1神経
- ☐ 2神経
- ☐ 3神経
- ☐ 4神経
- ☐ 5神経
- ☐ 6神経
- ☐ 7神経
- ☐ 8神経以上

病名

8. エコー（☐ ポータブル）　＊ 病名・検査目的記入必須

- ☐ 心エコー
- ☐ 経食道心エコー（循環器内科受診必要）
- ☐ 腹部エコー
- ☐ 腎臓エコー
- ☐ 乳腺エコー
- ☐ 甲状腺エコー
- ☐ 頚動脈エコー
- ☐ 下肢血管エコー

依頼時病名

検査目的