

診療情報提供書(兼生理学検査依頼票)

依頼医療機関名 _____ 依頼医師 _____ 先生

フリガナ	
患者氏名	男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳

年 月 日() 時 分から 下記の検査です。

依頼検査: ホルター心電図 脳波検査 ABI(血圧脳波検査)

超音波検査(心臓 ・ 表在 ・ 頸動脈 ・ 腹部)

神経伝導検査 ・ 筋電図検査 その他()

1.診断名
2.症状(経過)・検査目的
3.検査部位
4.その他要望

※神経伝導検査ご希望の場合

筋電図: 要 ・ 不要
感染症・抗凝固剤使用の有無(○をつけてください)
感染症: 梅毒() HBs Ag() HCV()
その他()
抗凝固薬: 無 ・ 有 ()
※筋電図は神経伝導検査もあわせて実施致します。
※検査時、必要に応じて針筋電図を追加検査させていただく事があります。

【検査までの流れ】

- ①生理学検査室へお電話にてご予約下さい TEL 045-921-6115(内線2154)
- ②予約後、依頼書をFAXにて送付下さい FAX 045-921-7793
(原本は貴院の控えとし、郵送や患者様にお渡しする必要はありません)
- ③患者様に検査予約票をお渡し下さい

ABI(血圧脳波)検査予約票

様は、横浜旭中央総合病院で

年 月 日() 時 分から 検査です。

- ・検査開始の30分前に紹介受付にお越し下さい。
- ・保険証・診察券をお持ち下さい。

ABI検査とは・・・

手と足の血圧差、心臓の拍動(脈波)が動脈を通じて手や足にまで届く速度を測定して動脈硬化の程度を数値として表し、動脈硬化の度合いを調べる検査です。両腕と両足首に血圧計の帯(カフ)を巻き、心電図の電極、心音マイクを装着して測定します。

【注意事項】

血圧禁止部位のある方はお申し出ください。

【お問い合わせ】

横浜旭中央総合病院
生理学検査受付 TEL:045-921-6115(内線2154)
(平日8:30~17:30 土曜8:30~13:00)