

御依頼医療機関名		医師名	
代表電話番号		緊急連絡先 (必須・携帯等)	

検査日時		患者様情報記入欄		
年 月 日	フリガナ			性別
	患者情報			男・女
時 分より	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日	歳

検査項目記入欄 (該当項目及び部位を○で囲んでください)						
超音波	腹部	MCV	正中	右・左・両側	心電図	12誘導
	心臓		尺骨	右・左・両側		24hホルター
	頸動脈		脛骨	右・左・両側	肺機能	VC
	甲状腺		腓骨	右・左・両側		FVC
	乳腺	SCV	正中	右・左・両側	PWV	ABI
	その他表在		尺骨	右・左・両側		TBI
	下肢DVT		浅腓骨	右・左・両側	脳波	
	下肢DVT・Varix		腓腹	右・左・両側	聴力	
	下肢動脈	/			重心動揺	
	腎動脈	ODテスト			血圧ホルター	
<検査目的>						
<臨床診断・既往歴>						
<主症状・コメント>						
その他	※ 検査結果を「当日返却」で希望される場合は☑を入れてください					☐ 当日返却

※検査の詳しい内容は予約時に検査科スタッフよりご説明いたします。

※検査のご依頼は [TEL:049-274-7015](tel:049-274-7015) 地域医療連携室へお電話ください。検査科へおつなぎいたします。

※ FAX送信後、原本は患者様にお渡し頂き、当日当院へ持参して下さいませよう、お伝え下さい。

また、貴院にて一部控えをご用意頂き、検査終了まで保管をお願いいたします。

<本状の送信先FAX番号> イムス三芳総合病院 地域医療連携室 ※検査前日までに送信をお願いいたします。