

検査サービス利用申込書(生理検査)

北里大学病院 《診療情報提供書》

20 年 月 日

患者氏名	フガナ	男・女	生年月日	大昭平令	年 月 日	(年齢 歳)
北里大学病院登録カード番号	例 001 - 23 - 45 A					

当院の登録カードをお持ちの患者様は、次の現住所、配偶者、緊急連絡先、本籍欄のご記入は不要です。
北里大学東病院のカードは、使用できませんのでお間違えのないようお願いいたします。

現住所	〒□□□□-□□□□					電話 ()
本人・配偶者勤務先 保護者・その他名称	勤務先所在地					電話 ()
配偶者	氏名				続柄	
保護(義務)者	住所					電話 ()
緊急連絡先(現住所と勤務先を除く親戚・知人等)				氏名	電話 ()	
本籍						

検査サービスのご利用に伴い以下の必要項目にご記入をお願いいたします。

検査項目に○印	※ 超音波	検査部位 : 心臓・腹部・子宮・卵巣・甲状腺・乳腺・その他()
	※ 血管超音波	検査部位 : 頸動脈・下肢動脈・下肢静脈・その他 ()
	※ 呼吸機能検査(換気機能一般:VC、FVC、FRC)	
	※ ホルター心電図	
	※ ABI/PWV(動脈硬化検査)	
	※ 一般脳波	
	※ 神経・筋機能検査(運動神経・知覚神経伝導速度、反復刺激、瞬目反射、H波・F波潜時)	(部位)
	※ 精密聴力検査(標準純音聴力、耳小骨筋反射、Tympanometry、語音聴力、SISI検査、自記オージオメトリ)	
※ 精密総合平衡機能検査		
検査目的		
診断名		
現病歴		
治療経過(薬剤情報など)		
その他留意事項		
検査決定日時	20 年 月 日() (午前・午後) 時 分より	

検査日時が決定していない場合は、次の検査希望日時をご記入下さい。

検査希望日	※早めに	※20 年 月 日() (午前・午後) ()時頃希望
	※都合の悪い日	20 年 月 日()曜日
紹介元	所在地	
	医療機関名	
	医師名	TEL ()

北里大学病院トータルサポートセンター TEL 042-778-9988 FAX 042-778-8235