

生理検査依頼書

氏名 殿		依頼病医院名	
生年月日 年 月 日 才		TEL() -	医師 FAX() -
依頼内容 検査＋所見報告		所見返送形式 <input type="checkbox"/> FAX送信 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 患者様へ手渡し	
当院受診歴(有・無)	検査日 年 月 日 時 分		
検査項目	検査部位		
<input type="checkbox"/> 腹部超音波	<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 膀胱
<input type="checkbox"/> 表在超音波	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 心臓超音波			
<input type="checkbox"/> 脳波			
<input type="checkbox"/> 心電図			
<input type="checkbox"/> 負荷心電図			
<input type="checkbox"/> ホルター心電図			
<input type="checkbox"/> トレッドミル			
<input type="checkbox"/> A B I			
臨床診断			