

検 査（生理検査）申 込 書

20 年 月 日

紹介先
北信総合病院 地域医療連携課
TEL 0269-23-2160
FAX 0269-22-2812

紹介元医療機関
所在地
TEL
医師氏名

患 者	フリガナ	(歳)	生年月日	年	月	日	男	女
	氏 名							
	住 所							
			T E L		—	—		
			携帯電話		—	—		

〔検査項目〕*該当項目に○印をつけて下さい。

1 脳 波	☐ HV ☐ PS ☐ 睡眠(自然・薬剤) 臨床診断・検査の要点の記入をお願いします。
2 神経伝導速度	検査目的 : 部 位 : (右 左)上肢 (右 左)下肢
3 心エコー	検査目的 (HTN、DM、IHD)
4 ホルター心電図	検査目的 ☐ 不整脈 () ☐ 薬剤効果の評価 () ☐ ST変化 () ☐ その他 ()

〔診療情報提供書〕

傷病名
紹介目的 既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果 (検査結果別紙…有 ・ 無)
治療経過
処方内容

来 院 予 定 日	年 月 日	時 分
※次回貴院の予約日が決まっていればご記入ください。		年 月 日
保険種別	国保・社保(本人・家族)・高齢者(割)・生保・その他()	

- ☐ 心エコー検査
- ☐ 24 時間血圧測定
- ☐ ホルター心電図検査
- ☐ 負荷心電図検査

を受けられる方へ

【検査予約日】 年 月 日

(午前・午後) 時 分

【受付】 検査の 15 分前に初診・再診受付へおいで下さい。

【持ち物】 紹介状、保険証、診察券(お持ちの方のみ)

【検査場所】 北信総合病院生理検査室(心電図室)

【各検査内容について】

心エコー検査	超音波による心臓の検査です。痛みもなく安全な検査です。 【所要時間 30 分】
負荷心電図	ベルトの上を走る運動をして、心電図の変化を調べます。 【所要時間 60 分】
ホルター心電図検査	一日分の心電図を記録する検査です。機械をつけて帰宅し、次の日に取り外しに病院へ来ていただきます。 【所要時間 20 分】
24 時間血圧測定	一日定期的に血圧を測定する検査です。機械をつけて帰宅し、次の日に取り外しに病院へ来ていただきます。 【所要時間 20 分】

* 急用等で検査日時の変更をご希望の際は、地域医療連携課へご連絡下さい。

北信総合病院 地域医療連携課
0269-22-2151(内線 1595)