



筑波メディカルセンター病院

超音波・生理機能検査依頼票

(診療情報提供書)

年 月 日

筑波メディカルセンター病院診察券プリント欄

施設名 _____

医師名 _____

フリガナ				男・女
患者氏名				
生年月日	M・T・S・H	年	月	日
住所				
電話番号				

検査予約日時	20 年 月 日 時 分				
診療予約日時 (診察ありの場合)	20 年 月 日 時 分				
	診療科	科	担当医師	先生	

主訴・依頼目的	
---------	--

【超音波検査】	該当する部位に、必ず✓をしてください。			
<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 下肢動脈	<input type="checkbox"/> 下肢静脈	
<input type="checkbox"/> 負荷心エコー	<input type="checkbox"/> 腎動脈	<input type="checkbox"/> その他の血管(部位:)		

【生理機能検査】	該当する検査に、必ず✓をしてください。	
<input type="checkbox"/> 運動負荷(トレッドミル)心電図	<input type="checkbox"/> 精密肺機能検査 (VC FVC CV FRC DLco)	
<input type="checkbox"/> ホルター心電図	<input type="checkbox"/> 脳波	
<input type="checkbox"/> 脈波		

検査の予約に関する問い合わせは、筑波メディカルセンター病院 予約センターまでご連絡ください。

[TEL:029-852-9067](tel:029-852-9067)