

診療情報提供書 (兼生理学検査依頼票)

平成 年 月 日

板橋中央総合病院 外来担当医 殿

貴院名 _____ 主治医 _____ 先生

患者様名 _____ 殿 生年月日 _____ 年 月 日 (男・女)

検査日 平成 年 月 日 AM・PM 時

依頼検査 心電図 マスター負荷心電図 トレッドミル負荷心電図 ホルター心電図

肺機能検査 聴力検査 脳波検査 血圧ホルター心電図

超音波検査 (心臓・腹部・表在) 一般筋電図 (EMG)

SCV (知覚神経伝導速度) MCV (運動神経伝導速度) ABR (聴性脳幹反応)

サーモグラフィー検査 (負荷なし・負荷あり)

ABI (血圧脈波検査)

至急 読影 (有・無)

臨床診断

主症状

服薬内容

*検査の詳細な内容は予約時にご説明いたします。

*検査の予約は下記電話番号に直接ご連絡ください。

・検査科直通：03-3967-8786