

新潟県立吉田病院 患者サポートセンター 宛

FAX番号:0256-92-7606

生理機能検査依頼項目確認票

※ご依頼項目に○印をつけ、必要事項をご記入ください。

※ご記入後、上記FAX番号にご送信ください。

患者氏名 _____ 様

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 医療機関名 _____

呼吸機能検査 _____ 身長 _____ cm _____ 体重 _____ kg

| | |
|------|------------|
| VC | 肺気量分画 |
| FVC | フローボリューム曲線 |
| FRC | 機能的残気量 |
| DLco | 肺拡散能力 |
| FeNO | |

血圧脈波検査 _____ 身長 _____ cm _____ 体重 _____ kg

| |
|----------|
| CAVI・ABI |
|----------|

| 神経伝導速度 | 部位 | 神経名 |
|--------|--------|--------------|
| MCV | 上肢 左・右 | 正中・尺骨・その他() |
| | 下肢 左・右 | 脛骨・その他() |
| SCV | 上肢 左・右 | 正中・尺骨・その他() |
| | 下肢 左・右 | 腓腹・その他() |

| 脳波検査 | 内容 |
|---------|---|
| 安静覚醒時脳波 | <input type="checkbox"/> 光刺激あり |
| | <input type="checkbox"/> 過呼吸賦活あり(状況により実施できない場合もあります。) |
| | <input type="checkbox"/> 自然睡眠が可能であれば記録 |

検査時の注意事項等あればご記入ください。

新潟県立吉田病院 患者サポートセンター

TEL:0256-92-5111

FAX:0256-92-7606