

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:0256-92-5120

FAX:0256-92-7606