

生理機能・出血時間検査

ID
氏名
生年月日
年齢
性別
科名
担当医

・負荷心電図、トレッドミル、呼吸機能、血圧脈波検査
には身長・体重を記入して下さい。

身長	体重
----	----

検査予定日	
-------	--

心電図	
<input type="checkbox"/>	12誘導心電図
<input type="checkbox"/>	マスター2段階負荷心電図 <input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ダブル
<input type="checkbox"/>	ホルター心電図
<input type="checkbox"/>	R-Rインターバル
<input type="checkbox"/>	血圧脈波検査（ABI）

超音波		電話予約
<input type="checkbox"/>	心エコー（BM+パルスドプラー）	
<input type="checkbox"/>	腹部エコー（腹部）	
<input type="checkbox"/>	腎動脈エコー	
<input type="checkbox"/>	その他エコー	（ 頭頸部・体表・ 下肢血管・ 甲状腺・乳腺 ）
<input type="checkbox"/>	頸動脈エコー（パルスドプラー）	

脳波	
<input type="checkbox"/>	16誘導
<input type="checkbox"/>	16誘導（睡眠負荷）

呼吸機能	
<input type="checkbox"/>	排気量分画・フローボリュームカーブ
<input type="checkbox"/>	残気量（排気量分画・フローボリュームカーブを含む）
<input type="checkbox"/>	肺拡散機能（残気量を含む 予約制）

神経伝導検査	
<input type="checkbox"/>	神経名・項目名に○をつけてください
・ median （L・R）（MCV・SCV・F波）	
・ ulnar （L・R）（MCV・SCV）	
・ tibial （L・R）（MCV・F波）	
・ peroneal （L・R）（MCV）	
・ sural （L・R）	
・ 内科DMセット	