

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)

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

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)