

生理検査申込書

府中病院 地域医療連携室

TEL 0725-40-2147
FAX 0725-40-2148

施設名		電話番号	
医師		FAX番号	

患者様情報

フリガナ		性別	生年月日	
患者様氏名		男 女	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)
住 所	電話番号 () -			
・被保険者証		・第1公費負担医療受給者票		
保険者番号		負担者番号		
記号 / 番号	/	受給者番号		割
資格取得日		有効期間	~	
有効期間	~	・第2公費負担医療受給者票		
被保険者との続柄		負担者番号		
< 諸法関係 > 交通事故・その他 ()		受給者番号		
労災 (公災) 医療保護 (福祉事務所名)		有効期間	~	

超音波検査	腹部 心臓 経食道心臓 甲状腺 * 乳腺 (外科・消化器センター)
心電図検査	超音波ドップラー血流測定 【 脳動脈系 上肢動脈系 下肢動脈系 下肢静脈系 】 トレッドミル
筋電図 電気診断検査	EMG 【 1筋 2筋 3筋 4筋 】
	誘発筋電図 (MCV) 【 1筋 2筋 】
	体性感覚誘発電位 (SEP) 【 上肢 下肢 】
脳波検査	脳波
重心動揺検査	重心動揺
聴力検査	簡易聴力 標準純音 チンパノメトリー 耳小骨反射
サーモグラフィー 検査	サーモグラフィー 【 上肢 下肢 その他 】

注意事項：上記の * 印の検査は各診療科の診察でお申し込みください。

お申し込みは府中病院 地域医療連携室までFAX (0725-40-2148) をお願いいたします。