

検査依頼書

医療機関・施設名

担当・指示医師名

電話番号

FAX番号

フリガナ	性別	ご希望の受診日						
氏名	男・女	第1希望	年	月	日	午後	時	分
		第2希望	年	月	日	午後	時	分
		第3希望	年	月	日	午後	時	分
生年月日	年	月	日生	才				
前回検査	有 (令和	年	月	日頃)	・ 無			

検査希望者の情報

- ◆障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) : J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
- ◆認知症高齢者の日常生活自立度 : 正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M
- ◆移動方法 : 車椅子 ・ ストレッチャー
- ◆コミュニケーション :
- ◆在宅酸素療法の有無 : 有 ・ 無
- ◆付き添いの有無 :
- ◆介護上の留意点 :

臨床診断: _____

臨床情報:

検査目的:

検査内容

臨床検査

□採血

- ・ HbA1c
- ・ TP
- ・ Alb
- ・ BUN
- ・ クレアチニン
- ・ UA
- ・ Tcho
- ・ LDL-コレステロール
- ・ TG
- ・ BIL/総
- ・ BIL/直
- ・ AST(GOT)
- ・ ALT(GPT)
- ・ γ -GTP
- ・ Na及びCl
- ・ K
- ・ Ca
- ・ CRP(定量)
- ・ 末梢血液一般検査

□心電図

超音波検査

- 肝・胆・膵・消化管
- 腎・膀胱・尿管・前立腺
- 卵巣・卵管・子宮
- 血管領域
(大動脈・大静脈)
- 胸腔内・腹腔内の貯留物等
- その他

画像検査

X-P

- 胸部
- 腹部
- その他

CT

- 頭部
- 胸部
- 腹部
- 骨盤部
- その他