

電話にて申込みのうえ、この用紙を FAX してください。 ※原本は貴院にて保管願います。

診療情報提供書（呼吸機能検査依頼書）



東京警察病院
Tokyo Metropolitan
Police Hospital

総合診療内科 ご担当医師 宛

《ご予約・お問合せ》

TEL : 03-5343-5760・5762

FAX : 03-5343-5761

検査日時：

年 月 日 ()

☐ 14時00分

☐ 15時00分

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	☐ 男 ☐ 女	年 月 日 (歳)
電話番号	(自宅) — — (携帯) — —		

紹介目的 (検査種別)	☐ スパイロメトリー (VC+FVC) ☐ 残気量 (VC+FVC+FRC) ☐ 肺拡散能 (VC+FVC+FRC+DLco)
確認事項 (必須)	・胸部 X-P にて肺結核病変 ☐ なし ☐ あり (喀痰塗抹検査にて陰性確認済) ・血圧 / mm Hg
傷病名	
臨床経過	

紹介元医療機関名(所在地、電話番号、名称)

住 所

電話番号

名 称

年 月 日

医師氏名 _____

検査予約票(呼吸機能検査)

患者様氏名 _____ 様

【検査予約日時】

月 日 () □14時00分 □15時00分

- 検査当日は、予約時間の30分前までに1階4番・初診受付にお越しください。
 - 検査予約票(本状)、保険証、当院診察券(お持ちの方のみ)
 - 検査に遅れる場合やご予約の変更・キャンセルする場合は、医療連携室までご連絡ください。
 - 検査結果は、主治医の先生から患者さまにご説明いたします。
- 当院では、結果説明はいたしませんのでご了承ください。

【検査目的】

- ・肺の能力を評価する検査です。

【検査時間】

- ・ 15～40分

【注意事項】

- ・ 食事の制限はありません。
- ・ 食事の影響はありませんので、内服は医師の指示どおりにしてください。

〔予約変更・キャンセル等の連絡先〕

医療連携室

TEL 03-5343-5760

受付時間 8:15～18:00(日祝除く)

〔ホームページ〕



〔アクセス〕



東京警察病院
Tokyo Metropolitan
Police Hospital

