

精密呼吸機能検査予約申込書

貴医療機関名 ()
 ご住所 (〒)
 貴医師名 ()
 電話番号 () —
 FAX () —

■ 受診を希望される日をご記入お願いします

・第1希望日()	・第2希望日()	※都合の悪い日()
-----------	-----------	------------

■ ご紹介いただきます患者さまについてご記入お願いします

フリガナ			性別	※旧姓(名字変更の場合記入)
患者氏名			男・女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生まれ (歳)			
フリガナ				
住所	〒			
電話	() —	携帯電話		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ID番号 ()			
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来患者 (<input type="checkbox"/> 貴院待機中 ※ 患者様がお待ちの場合はチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 入院患者 (<input type="checkbox"/> 出来高算定 <input type="checkbox"/> DPC <input type="checkbox"/> その他)			
保険	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他			
特記事項	ADL (独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー)			

※ 上記の申込書をご記入の上、診療情報提供書、主治医によるチェックシート (→別紙あり) と一緒にFAXして頂きますようお願いいたします。

(貴院所定の診療情報提供書がない場合は、当センター専用用紙をご利用ください。ホームページよりダウンロード可能です。)

※ **予約通知書** は患者さまにお渡しください。

精密呼吸機能検査を受けられる患者さんについてのチェックシート

検査を受けられる方のお名前 _____

該当する場合は、□にチェックをご記入ください。

- ① 顔面に麻痺があり、自力で口にくわえることができない。
- ② 口に物をくわえると嚥下反射がひどい。
- ③ 検査方法が理解できない(日本語が理解できない・難聴・認知力低下)。
- ④ 酸素吸入有り。
- ⑤ 40分程度の座位姿勢を保持できない。
- ⑥ 結核 または、飛沫感染症の疑いがある。
- ⑦ 肺活量 (VC) が、1L 以下である。

- 上記に該当しません。

医療機関名 _____

記入された医師のお名前 _____

記 入 日 _____ 年 月 日

精密呼吸機能検査は、呼気の漏れがないように、しっかりとマウスピースをくわえて行います。また、指示にしたがってタイミング良く呼吸調節を行う必要がありますので、①～⑤に該当する場合は、正確に検査できません。

また、⑦に該当する場合は、十分な分析用呼気が採取できないため、肺活量 (VC)、努力性肺活量 (FVC)、呼吸抵抗のみの測定となります。

2015.6.1 臨床検査科作成