

ABI (足関節上腕血圧比)

PWV (脈波伝播速度)

検査申込書(兼 診療情報提供書)

紹介先医療機関名

函館市医師会病院

担当医

循環器科

ご担当医 先生 御机下

所在地 〒

名称

電話

医師名

患者氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	(歳)
身長	cm	体重	kg
傷病名			
検査日時	年 月 日	AM ・ PM	時 分

【 症 状 】

・ 症状なし

・ 息苦しさ ・ 放散痛 ・ しびれ ・ 下肢のだるさ ・ 下肢の痛み ・ 潰瘍

・ 足の疼痛 ・ 跛行 ・ 息切れ ・ 胸痛 ・ 冷感 ・ 動悸 ・ 胸の圧迫感

・ その他()

【 既往歴 】

・ 高血圧症 ・ 脂質異常症 ・ 慢性腎不全 ・ 糖尿病 ・ 喫煙

・ シヤント 無 ・ 有 (右 ・ 左)

・ 乳房手術歴 無 ・ 有 (右 ・ 左)

【 禁 忌 】

・ 動脈瘤のある方