肺機能検査依頼書　（八重山圏内医療機関用）

年　　月　　日

紹介元医療機関			
（カナ） 患者氏名	八重山病院ID： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	☐ 大正　☐ 昭和 ☐ 平成　☐ 令和　　年　　月　　日		
患者連絡先	TEL　　☐ 本人　☐ その他（　　）		

検査希望日等 ※できるだけご記入ください	

●検査分類

☐ VC+FVC　　☐ VC+FVC+FRC
☐ VC+FVC+FRC+Dlco　　☐ VC+FVC+Dlco

※「VC+FVC+気道可逆」検査ご希望の場合は、呼吸器内科へご紹介いただき、外来診察での対応となります。

●検査目的

☐ スクリーニング　　☐ 経過観察

●患側

☐ 右　　☐ 左　　☐ 両側

●臨床診断（診断名）

●症状等その他特記事項

●症状

☐ 症状なし
☐ 咳
☐ 喀痰
☐ 喘鳴
☐ 呼吸困難
☐ 喫煙
☐ その他

［　　］

●身長・体重

身長 ＿＿＿＿＿＿ cm

体重 ＿＿＿＿＿＿ kg

※身長・体重は、**必ず**ご記入ください。

●移動形態（ADL）

☐ 単独歩行
☐ 車椅子

※すべてに欄にご記入・チェックをお願いします。

沖縄県立八重山病院

2022.4月改訂