

生理検査依頼書

医療機関名

フリガナ

氏名

様 男・女

生年月日

T・S・H・R

年

月

日

才

検査日

年

月

日

ご希望の項目に○を付けてください。

	点数	料金
1 心電図	130	1,040
2 呼吸機能	100	800
3 眼底写真（デジタル）（右眼・左眼・両眼）	58	500
最高血圧 _____ mmHg 最低血圧 _____ mmHg		
（読影あり ・ 読影なし）		
4 眼圧測定	82	680
5 聴力検査	110	800
6 骨密度測定（超音波）	80	800
7 超音波 頸部	350	3,000
8 視力	—	200
9 色覚	—	200
10 血圧	—	200

(2022.4.1 現在)