

心エコー 申込書 兼 診療情報提供書

検査申込日

年 月 日

伊万里有田共立病院

検査科(0955-41-2047)へFAXをお願いいたします。

検査希望日時は月～金曜日(祝日除く)の14時又は15時で記入してください。ご都合が悪い場合は、下記のお問合せ先へご相談ください。

検査決定日時		検査の希望日				医療機関名			
(西暦) 年 月 日 () 時		第一希望 月 日 () 14 時 ・ 15 時				所在地			
		第二希望 月 日 () 14 時 ・ 15 時				TEL/FAX			
		(※)都合が悪い場合は、第三希望にご希望の時間をご記入ください。 第三希望 月 日 () 時				医師名		⑩	
フリガナ								電話番号(連絡のつきやすいもの)	
患者氏名									
生年月日		年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	(自宅・携帯)
住所									
紹介目的		心エコー検査依頼		臨床診断・検査の目的					
手術歴		ペースメーカー(有・無)							
		弁形成・置換術(有・無)		場所				手術歴が「有」の場合で、 詳細がわかる場合はご記入ください。	
		バイパス手術(有・無)		場所					
既往歴									

【注意事項】

- 来院時は、半年以内に検査した心電図のコピーを持参してください。
- 検査結果は、臨床検査技師による検査報告書(画像添付有)を郵送にて返却いたします。
判読は紹介元の医師(主治医)の方をお願いいたします。

【お問合せ先】TEL 0955-46-2121(検査科:内線1831)