

心臓超音波検査申込書・情報提供書

県立十日町病院地域医療連携室 行

FAX送信日 令和____年____月____日

FAX 025-757-5699 (直通)

医療機関名 _____

医師名 _____

希望検査日____年____月____日____曜日

※ 月～金お受けできます。

フリガナ		性別
患者氏名		男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳	
現住所		
電話番号	() -	

診断名
検査目的・症状
基礎疾患など 高血圧 () 糖尿病 () 高脂血症 () 喫煙 () その他の疾患 ()
心臓病の家族歴 あり・なし
コメント (内服薬など)

※後日、予約案内票をFAXにて返送いたしますので、患者様へ御渡し下さい。

※検査時に最近の心電図を持参させて頂ければ幸いです。

来院の際は、内科の外来窓口で、この用紙のコピーと予約票を添えてお申し付け下さい。

また、**保険証** **お薬手帳** を忘れずにお持ち下さいますようお願いいたします。