

超音波検査申込書・情報提供書

県立十日町病院 患者サポートセンター行

FAX 025-757-5699 (直通)

送信日 年 月 日

医療機関名

医師名

T E L

F A X

希望検査日 年 月 日 曜日

※心エコー：月・火・木 ※下肢静脈エコー：火・水・木（午後）

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	() -	

依頼検査項目（どちらかに○） 心エコー（ ） 下肢静脈エコー（ ）
検査目的・症状
基礎疾患・既往歴（あてはまるものに○） 高血圧（ ） 糖尿病（ ） 高脂血症（ ） 脳梗塞（ ） 心疾患（内容： ） その他（ ） Dダイマー値（ $\mu\text{g/mL}$ ）※最近の測定値があればご記入ください ※検査時に緊急所見（新鮮血栓・広範囲血栓など）が認められた際には、当院救急担当医の診察を受けて頂く場合があります。
内服薬

※後日、予約票・検査説明書をFAXにて返送いたしますので、患者様へお渡し下さい。

※心エコー：当院にて心電図検査を実施いたします。

【十日町病院に来院される患者様へお願い】

予約時間に遅れないようご来院願います。

マイナンバーカード又は保険証 **お薬手帳**を忘れずにお持ち下さい。

受付後、内科の外来窓口にご用紙と予約票を添えて検査依頼をお申し出ください。

R6.10