

# 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

※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、予約案内票・検査説明書をFAXにて返送いたしますので、患者様へ御渡し下さい。

※心エコー：検査時に当院にて心電図検査を施行させていただきます。

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。