

診療情報提供書 兼 心エコー 申込書

検査申込日

年 月 日

伊万里有田共立病院

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

【お問合せ先】TEL 0955-46-2121(検査科:内線1831)

なお、本書は、当院検査科へFAXをお願いいたします。【提出先】FAX 0955-41-2047(検査科直通)

検査決定日時	検査の希望日		医療機関名		
(西暦) 年	第一希望 月 日 () 14時・15時		所在地		
月 日 ()	第二希望 月 日 () 14時・15時		TEL/FAX		
時	(※)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。		医師名	④	
第三希望 月 日 () 時					
フリガナ				電話番号(連絡のつきやすいもの)	
患者氏名				(自宅・携帯)	
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
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			
	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)の方でお願いいたします。

2024年7月 作成