

# 心臓超音波検査申込書・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

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。