

# 心臓エコー検査依頼票



FAX:0466-44-9981

お電話でご予約の後にFAXしてください。

年 月 日

診療情報提供書 【心臓エコー検査紹介用】

## 藤沢湘南台病院

循環器内科 心臓エコー担当医 宛

貴院名

所在地

TEL

FAX

先生のお名前

予約日時	月 日 : ~
------	---------

フリガナ	患者氏名	様	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日	歳
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
住所 〒	—			電話	— —				

検査内容	<input checked="" type="checkbox"/> 心臓エコー検査	結果画像データ (CD-R)	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		※不要の場合はレポートのみとなります	

傷病名 (検査目的)	
症状 治療経過	
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ペースメーカー

### ■患者様保険情報

保険者番号	
記号・番号	
被保険者氏名	

公費負担者番号	
受給者番号	
公費負担者番号	
受給者番号	

負担割合	<input type="checkbox"/> 3割
	<input type="checkbox"/> 1割
( 割)	

※ 当院でもあらためて心電図を施行いたしますが、貴院の検査結果があれば添付をお願いいたします。

お問合せ:藤沢湘南台病院 地域医療連携室 0466-44-9980