

## 心エコー検査 診療情報提供書

群馬県済生会前橋病院

記入日 年 月 日

循環器内科 心エコー担当医 宛

紹介元医療機関の  
名称及び所在地

第1受診希望日 年 月 日 ( )

電話番号

第2受診希望日 年 月 日 ( )

医師氏名

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 才)	男・女
患者氏名				
住 所	〒 -	TEL	-	-
保険者番号		本人	公費負担者番号	
記号・番号		家族	受給者番号	
健康保険外	( )	負担割合	1割・2割・3割	
検査目的 (疑い含む)	<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 心電図異常 <input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 心拡大 <input type="checkbox"/> BNP 高値 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 胸痛・虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 肺高血圧 <input type="checkbox"/> 動悸・不整脈 <input type="checkbox"/> 息切れ・心不全 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 心筋症 <input type="checkbox"/> 先天性心疾患 <input type="checkbox"/> 心臓手術後 <input type="checkbox"/> 心嚢液貯留 <input type="checkbox"/> その他			
依頼内容				
基礎疾患	不整脈 (有・無・不明) ペースメーカー (有・無) 高血圧 (有・無)			
その他	心電図の添付をお願い致します (原本 or コピー)			
身長:	. cm	体重:	. kg	
検査結果:	<input type="checkbox"/> 郵送で可 <input type="checkbox"/> 当日に必要			
画像(CD)の希望(通常はレポートのみ。必要な場合のみ有にチェック):	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

\* 来院の際は、『地域連携課』でお受けいたしますので、健康保険証及び、〔心エコー検査診療情報提供書〕を添えて窓口へお出し下さい。

\* ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせ下さい。

群馬県済生会前橋病院

〒371-0821 前橋市上新田町 564-1

TEL 027 - 252 -1751 (地域連携課直通)

FAX 027 - 252 -6102 (地域連携課直通)