

診療情報提供書（心エコー検査用）

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"/> 有 | | | | | | | | | | | | |

- * 来院の際は、1F 2 番「紹介状をお持ちの方」窓口でお受けいたします。
患者様にこの〔診療情報提供書(心エコー検査用)〕をお渡し下さい。
- * 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)