

心臓超音波検査依頼書＜診療情報提供書＞

年 月 日

JCHO金沢病院 地域医療連携センター

TEL: 076-253-5069(直通)

FAX: 076-252-2369(直通)

紹介医療機関

医師氏名

TEL

FAX

ふりがな		性別		(西暦)	
氏名		☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日	(才)
住所	〒				
TEL		氏名		続柄	

検査部位					
臨床診断・病名					
主訴、経過、検査目的					
現症	☐ 症状なし	☐ 胸痛			
	☐ 胸部不快感	☐ 動悸			
	☐ 心雑音	☐ 不整脈			
	☐ 呼吸困難	☐ 浮腫			
	☐ 失神、意識消失	☒ その他()			
	身長	cm	体重	kg	

希望日時	第1希望	年 月 日 ()	時間は①～③を選択 特に希望日時がない 場合は、記入不要
	第2希望	年 月 日 ()	

※心臓超音波検査は、月曜～金曜 ①13:30～、②14:00～、③15:00～の実施となります。
①～③以外のお時間を希望される場合は、「希望日時」の余白に記入してください。