（様式１－e）

心臓超音波検査依頼書＜診療情報提供書＞

年　　月　　日

石川県金沢市沖町ハ-15
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	生年月日	（西暦） 年　月　日 （　才）
氏名		□ 男 □ 女		
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。
※直近の心電図検査結果がありましたら、検査当日にご持参ください。
無ければ、当院で実施させていただきます。

202405作成
202504改訂
202510改訂
202605改訂