

病診連携 超音波・ホルター心電図(診療情報提供書)

下田メディカルセンター
地域医療連携室行き

Fax番号 0558-25-1616

貴院ご担当 _____

医療機関名	医師名
電話番号	FAX番号

フリガナ
患者氏名 _____ 性別 (男 ・ 女)
生年月日 (M ・ T ・ S ・ H) _____ 年 _____ 月 _____ 日
患者住所 _____
患者電話番号 (_____ - _____)

主訴・目的(病歴) _____

結果について

検査の種類	超音波	心臓エコー	<input type="checkbox"/>		○基本的に検査日の翌日(週末は翌週の頭)にレポートとCDを郵送いたします。
		腹部エコー	<input type="checkbox"/>	肝・胆・膵・脾・腎	
			<input type="checkbox"/>	肝臓	
			<input type="checkbox"/>	胆嚢	
			<input type="checkbox"/>	膵臓	
			<input type="checkbox"/>	脾臓	
	<input type="checkbox"/>		腎臓		
	<input type="checkbox"/>		膀胱		
	表在エコー	<input type="checkbox"/>	膀胱・前立腺		
		<input type="checkbox"/>	膀胱・子宮・卵巣		
<input type="checkbox"/>		乳腺			
<input type="checkbox"/>		甲状腺			
<input type="checkbox"/>		副甲状腺			
<input type="checkbox"/>		耳下腺			
<input type="checkbox"/>		顎下腺			
血管エコー	<input type="checkbox"/>	頸部			
	<input type="checkbox"/>	腋窩			
	<input type="checkbox"/>	鼠径部			
生理機能	ホルター心電図	<input type="checkbox"/>	精巣	※当院の機器は、胸部に5ヶ所電極を装着し、腰にベルトをつけて携帯していただくタイプです。 また、その他を選択した場合はご記入下さい。 ※検査翌日も取り外しに来て頂きます。	○ご予約は月曜日午前～金曜日午後までとし、結果については7日間を目安に郵送いたします。 週末検査は、翌週末の可能性が有ります。
		<input type="checkbox"/>	頸動脈(椎骨動脈)		
		<input type="checkbox"/>	下肢動脈		
		<input type="checkbox"/>	下肢静脈		
		<input type="checkbox"/>	af精査		
		<input type="checkbox"/>	Paf精査		
		<input type="checkbox"/>	PAC精査		
	<input type="checkbox"/>	PVC精査			
<input type="checkbox"/>	不整脈精査				
<input type="checkbox"/>	ST変化精査				
<input type="checkbox"/>	A-V Block精査				
<input type="checkbox"/>	欠伸精査				
<input type="checkbox"/>	その他(_____)				
<input type="checkbox"/>	肺機能検査	VC、FVC	当日渡し		
<input type="checkbox"/>	ABI/CAVI		当日渡し		

記録媒体 ※基本的に勝手ながらCDとさせていただきます。 ※ホルター・ABIは紙ベースです。

特記事項・その他受診希望日 _____

お申込み手順
 ・ご記入後、下田メディカルセンター 地域医療連携室 (0558-25-1616)までファックスにてお申込み下さい。予約受付後、ファックスにて予約票を送ります。
 ・依頼書はコピーを取って原本は貴院控えに、コピーは予約票と一緒に患者様にお渡し下さい。患者様は予約日の予約時間30分前には医事課窓口へ書類と保険証、当院診察券(通院歴が有る方)を提出して下さい。

※お問い合わせは、下田メディカルセンター 地域医療連携室(0558-25-3535)までご連絡下さい。