

F A X 予約依頼票 (生理検査用)

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

(紹介元)

名称

所在地

医師名

印

科

先生
御侍史

T E L

-

-

F A X

-

-

受診希望日 なし あり 令和 年 月 日 時頃

※希望に添えない場合がございますが、ご了承ください。

患者	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	身長		cm
	氏名			<input type="checkbox"/> 女	体重		kg
者	生年月日	年 月 日	歳	電話	自宅	-	-
	住所			連絡先		-	-
貴院への受診歴		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不詳					
概要	臨床所見 及び 検査目的						

【検査項目】

- 動脈硬化 (ABI) 腹部エコー 心電図
 運動負荷心電図 (トレッドミル) 24時間心電図 24時間血圧計付心電図

運動負荷心電図の依頼の場合のみ

症状 虚血性心疾患 R/O 虚血性心疾患 S/O 不整脈の精査
 その他 ()

危険因子 糖尿病 高血圧症 高脂血症 たばこ
 肥満 その他 ()

注意 追加検査が必要なときは、追加検査を実施してよろしいか。 はい いいえ

西脇市立西脇病院 検査部

※患者様に切り取ってお渡しく下さい。

※来院の際に必ず持参してください。

紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

次のとおり予約を受けました。

担当者

I D		性別	生年月日	M T S H R	年 月 日	
氏名						
診療科	科	医師名				
診察(検査) 予約日時	令和 年 月 日 (曜日)	午前・午後 時 分	※ 診察の関係で前後することがありますが、ご了解願います。			

(注) ご来院の際に必ず、ご持参ください。

【予約票、 診療情報提供書、 健康保険証、 医療受給者証】

西脇市立西脇病院 検査部