

# 心臓超音波検査依頼書兼診療情報提供書

紹介先医療機関名： 熊本地域医療センター

依頼日： 年 月 日

担当医 殿

紹介元医療機関の名称：

所在地：

電話番号：

FAX：

依頼医師氏名：

|       |             |       |
|-------|-------------|-------|
| 患者氏名： | 殿           | 性別：   |
| 患者住所： |             | 電話番号： |
| 生年月日： | 年 月 日 ( ) 歳 | 職業：   |

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 検査日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

患者番号：

## 臨床診断及び紹介目的

〈 既往歴 症状経過 治療経過 現在の処方 検査結果 家族歴 等 〉

## 臨床症状 ※✓印を付けて下さい

☐動悸 ☐胸痛 ☐呼吸苦 ☐不整脈 ☐心雑音 ☐浮腫み ☐意識消失 ☐発熱 ( °C)  
☐その他 ( )

## 備考

◇ 当日検査は予約時間と、多少前後する場合があります。

検査受付直通 (月～金 8:30～18:00 土 8:30～13:00)

電話 096-366-1323

Fax 096-363-3416

熊本市医師会 熊本地域医療センター (代表)

電話 096-363-3311

Fax 096-362-0222