|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 循環器機能検査依頼書・診療情報提供書 | | | | | | |
| 予約日時 | ここをクリックして日付を入力してください。 | | | | 時間を選択 | 分を選択 |
| フリガナ  ご紹介患者氏名 |  | | | 性別を選択 | | |
| 生年月日 | 元号を選択 |  | 年　　ここをクリックして日付を入力してください。 | | | |
| 住所・電話 | 住所  （電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 貴医療機関名 | （電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ご紹介医師名 |  | | | | | |
| 検査項目 | 経胸壁心エコー検査 ホルター心電図 運動負荷心電図（トレッドミル） | | | | | |
| 診療情報提供書　　　※専用用紙があればそちらで構いません。 |  | | | | | |
| 検査目的  該当する項目を 全てご記入下さい | スクリーニング  心不全精査  心雑音の精査  心電図の異常（ ST-Tの変化不整脈 その他（　　　 　　　　　 　　　）  →心電図所見（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　 　　　　）  透析患者の心機能評価  術前評価  症状の精査（胸痛　動悸　呼吸困難　浮腫　その他（　　　　　 　　　 　）  経過観察（前回指摘された異常所見：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　 　　）  その他特に検索希望する点（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　　　　　） | | | | | |
| 既往歴 該当する項目を 全てご記入下さい | 心筋梗塞（部位：　　　 　　　　発症時期：　　　年　　　月）　　狭心症  高血圧　　　糖尿病　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | |
| 心血管手術歴 ※該当する場合は必ずご記入下さい | 弁置換（　　　　　弁　生体弁・機械弁）　　　　　　形成術（　　　　　　　弁）  その他（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ◆心エコー検査ご依頼時は心電図データとの比較が必要になります。直近の心電図をご用意いただくか、施行前に当院で検査を させて いただきますので、あらかじめご了承ください。  ◆トレッドミル検査の際は、事前に心エコー検査の施行をお願いいたします。  ●お問い合わせは下記まで、ご連絡をお願いします  　　　　　みさと健和病院　患者サポートセンター　　　電話048-955-7252　　　　　　２０１７年11月改訂 | | | | | | |