

むさしの救急病院 生理検査室 行

心臓超音波検査指示票(兼 診療情報提供書)

依頼日 西暦 年 月 日

紹介元医療機関	医師名
	電話
	FAX

フリガナ		生年月日
患者氏名		西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)
電話番号		性別 男・女 身長 ( cm) 体重 ( kg)
住所		

検査目的	<input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 息切れ・浮腫 <input type="checkbox"/> 心電図異常 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> その他( )			
傷病名 既往歴	心不全・弁膜症・虚血性心疾患・心筋症・不整脈・高血圧・糖尿病・貧血・COPD・ CKD・肥満症・人工透析・その他( )			
心電図所見	洞調律・心房細動・ 期外収縮	脚ブロック (+・-)	ST 変化 (+・-)	T 波異常 (+・-)
検査していた場合記入	BNP( pg/ml)	NT-proBNP( pg/ml)		

※・診療情報提供書は事前に FAX をお願いいたします。

- ・患者様への検査のご説明(受付→検査→会計)と結果説明をお願いいたします。
- ・治療や精密検査を要する患者さんについては診察のお申し込みをお願いいたします。
- ・検査当日は保険証と本用紙をご持参の上、むさしの救急病院 1階正面受付にご来院いただきますようにご説明お願いいたします。

むさしの救急病院 東京都小平市小川東町 1-24-1

TEL 042-313-5520(代表)

FAX 042-313-5545(代表)