

# 心臓超音波検査申込書 兼 診療情報提供書

紹介医療機関  
独立行政法人地域医療機能推進機構横浜中央病院  
地域ケアサービスセンター 地域医療連携室宛

FAX:045-681-9542

年 月 日

紹介元医療機関名			
医師名			
連絡先	TEL	FAX	
フリガナ 患者氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H	年 月 日	[ 歳]
検査目的 既往歴 症状経過 など			
	心電図検査希望 有 無		
検査希望日 時	①第1希望	月 日	画像添付(CD-ROM)希望 有 無
	②第2希望	月 日	
	③いつでもよい		
心臓超音波検査は月・火・木・金曜日の16時05分～1日につき1枠でのご案内になります。			
<p>注:地域の先生方へ この検査には必ず心電図(返却不要のものコピー可)をご添付願います。ない場合は当院にて同時に心電図検査を施行いたしますので、上記希望の欄にご記載願います。</p> <p>◇検査説明と注意事項◇          ・この検査は、超音波(人に聞こえない音)を皮膚の上からあて、身体の中を観察する検査です。          非常に安全性の高い検査ですので、安心して受けていただけます。          ・検査方法は検査をする部位に直接ゼリーを塗って、その上から探触子(プローブ)を当てて、心臓の大きさ、動き等を評価します。          ・特に食事制限なし</p> <p>※ご不明な点はTEL:045-681-9534(地域ケアサービスセンター 地域連携室直通)へお問い合わせください。</p>			