

# 心臓超音波検査依頼書

医療法人慶晴会宇都宮みなみ病院 循環器内科 鈴木 恵子

|                                      |      |   |    |
|--------------------------------------|------|---|----|
| ◆<br>貴<br>医<br>療<br>機<br>関<br>情<br>報 | 診療科  | 科 | 先生 |
|                                      | 病院名  |   |    |
|                                      | 住所   |   |    |
|                                      | 電話番号 |   |    |
|                                      | FAX  |   |    |

検査日程について、当院の担当者 (NS)から折り返しお電話をさせていただきます。

|                                 |      |   |   |          |
|---------------------------------|------|---|---|----------|
| ◆<br>紹<br>介<br>患<br>者<br>情<br>報 | フリガナ |   |   |          |
|                                 | 患者名  |   |   |          |
|                                 | 生年月日 | T・S・H・R                                   | 年 | 月 日 ( 歳) |
|                                 | 電話番号 | ☆当院からご連絡させていただく場合があります。必ず連絡のつく番号をご記載ください。 |   |          |
|                                 |      |   |   |          |
|                                 | 依頼理由 |   |   |          |

☆心エコー外来は火・木 PM14:30~16:30です。

午後では都合が悪い場合、10:00~11:30でも調整可能ですのでご相談ください。

ご希望の日時がある場合、日時をご記入ください (複数記入可)。

|               |                     |      |      |      |
|---------------|---------------------|------|------|------|
| 検査希望日         | 至急検査のご希望 ( 有 ・ 無 )  |      |      |      |
|               | 第一希望                | 第二希望 | 第三希望 | 特記事項 |
|               |                     |      |      |      |
| 検査データ<br>のお渡し | レポートの報告 (FAX・郵送・両方) |      |      |      |
|               | 画像データDVD (要・否)      |      |      |      |

心エコー外来の予約はFAXまたは、お電話にて承っております。

FAX送信後、当日中にご連絡させていただきますが

日程調整までにお時間をいただく場合がございます。

|             |                       |
|-------------|-----------------------|
| 当日ご持参いただくもの | ・お薬手帳、マイナンバーカード、資格確認書 |
|-------------|-----------------------|

医療法人慶晴会宇都宮みなみ病院

(TEL)028-658-5511 (FAX)028-658-5508