

作成日

診療情報提供書

〒583-0872

大阪府羽曳野市はびきの2-8-1

TEL 072-958-1000

医療法人 春秋会 城山病院 心臓血管センター 担当医 侍史

1. 紹介元医療機関

医療機関名	
医師名	
住所	
電話番号	

2. 患者様情報

フリガナ	
氏名	
生年月日	
住所	
電話番号	

心臓超音波検査依頼票

1. 臨床診断名 (必ずチェックをお願いします)

臨床診断名	虚血性心疾患 (狭心症、心筋梗塞既往等)	動脈硬化危険因子
	心不全(疑い含む)	高血圧
	弁膜症・心雑音精査	糖尿病
	不整脈 (心房細動、期外収縮など)	高脂血症
	心肥大・心筋症	脳血管障害(脳梗塞既往、脳出血既往等) その他の臨床診断 ()

2. 症状

なし				
あり	労作時胸痛 <input type="checkbox"/> 浮腫	安静時胸痛 胸部不快感	動悸 その他()	息切れ

3. 検査目的

検査目的	スクリーニング
	フォローアップ
	その他の目的

4. 希望日

第一希望日	
第二希望日	
都合の悪い日	