

診療情報提供書（兼）検査依頼書

年 月 日

泉大津急性期メディカルセンター

セット検査 担当医先生

医療機関名

医師名

印

フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様			年 月 日生まれ (歳)
住 所	〒 -		TEL	
傷病名				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 心疾患及び動脈硬化のスクリーニング <input type="checkbox"/> 糖尿病患者さんへのスクリーニング <input type="checkbox"/> 無症候性心房細動などの不整脈の検出			
<既往歴・家族歴/経過及び検査結果/現在の処方等々>				
※ 必ずご記入をお願いします ・血圧 / ・脈拍 ・身長 ・体重				

<input type="checkbox"/> 心疾患スクリーニングセット検査
<input checked="" type="checkbox"/> 心エコー <input checked="" type="checkbox"/> 頸動脈エコー
<input checked="" type="checkbox"/> A B I <input checked="" type="checkbox"/> 12誘導心電図
<input checked="" type="checkbox"/> ホルター心電図
<input checked="" type="checkbox"/> 冠動脈CT

<input type="checkbox"/> 生活習慣病合併症セット検査
<input checked="" type="checkbox"/> 心エコー <input checked="" type="checkbox"/> 頸動脈エコー
<input checked="" type="checkbox"/> A B I <input checked="" type="checkbox"/> 12誘導心電図
<input checked="" type="checkbox"/> 骨密度測定
<input type="checkbox"/> 腹部エコー または
<input type="checkbox"/> 腹部CT単純 + 腹腔内脂肪測定
※上記空欄は選択制になりますのでいずれかにチェックしてください。

備考：必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。