

超音波(エコー)、長時間連続記録心電図(ホルター心電図)、脳波検査依頼書
(神戸掖済会病院 紹介用)

医療機関名

紹介医師名

患者	(フリガナ)氏名	様 男・女	神戸掖済会病院受診歴 1. 有 (ID) 2. 無	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	職業	
	住所	〒 ☎自宅 () - 連絡先 () -		

検査希望日： 第一希望 月 日 第二希望 月 日

希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日 月 日

病名ないし疑い診断：

超音波 (エコー検査)

検査部位： 頸部血管 甲状腺 乳 腺
 腹部 (肝、胆、膵、脾、腎)
 骨盤腔 (子宮、卵巣、膀胱、前立腺) その他
 心エコー

ホルター心電図

現在の投薬内容：

検査目的： 不整脈監視 狭心症監視 その他

脳波検査

投薬内容 (特に抗痙攣剤の有無)：

患者の状態： 徒歩 車椅子

検査目的、要望事項

申し込み先：神戸掖済会病院 地域医療連携室 FAX 078-781-7300
TEL 078-781-1411