

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

主 保 険	保険番号	記号・番号		1. 本人
				2. 家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	種 別	1. 有
				2. 無

病名ないし疑い診断：

超音波 (エコー検査)

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

ホルター心電図

現在の投薬内容：

検査目的：	<input type="checkbox"/> 不整脈監視	<input type="checkbox"/> 狭心症監視	<input type="checkbox"/> 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