

脳波、超音波(エコー)、長時間連続記録心電図(ホルター心電図)、  
 負荷心電図検査依頼書、ABI

(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 有 (ID. ) 無
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)	職業	
	住所	〒 ( ) - 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  
 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       ABI

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

負荷心電図

検査内容：  
 トレッドミル       エルゴメーター  
 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

TEL 078-781-1411

FAX 078-781-7300