

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: 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