

検査依頼票・診療情報提供書

FAX : 03-3605-2118

TEL : 03-3605-2811

申込日	年 月 日		
フリガナ			男性・女性
患者氏名	生年月日	M・T S・H	年 月 日
住所	〒		
TEL	携帯番号		

綾瀬循環器病院及びあやせ循環器クリニックの受診歴 無し ・ 不詳
有り (I D)

診断名及び主訴	
現病歴及び御紹介の目的	

依頼項目 (ご依頼の項目に をしてください)

心エコー (U C G) 血圧脈波検査 (A B I) トレッドミル

経食道エコー 心筋シンチ (R I)

診察予約 その他 ()

*診察予約のみの場合は当日診療情報提供書をご持参頂ければ診断名・御紹介の目的欄は記載不要です。
*CT及び心筋シンチにつきましては別紙「専用依頼書」に記載願います。

希望日についてのコメント及び備考欄

希望日

第1希望 月 日 ()

第2希望 月 日 ()

紹介元医療機関名			
TEL :		医師名	
FAX :			