

From.

To.

医療機関名	
医師名	先生
科	
電話番号	
FAX 番号	
FAX 送信者 ()	

宇治徳洲会病院 **心臓センター**
診療情報提供書(受診・検査依頼)

【FAX】0774-25-2827

月～金 8:30～19:00 土曜日 8:30～12:30
地域医療連携室 直通電話 0774-25-2871

患者情報

お申込み日 年 月 日

フリガナ	旧姓	性別	生年月日
患者氏名	(二重登録防止の為)	男 女	T・S・H・R 年 月 日
住所	(〒 -)		連絡のつく電話番号 - -

現在
治療中の病名

- 糖尿病 高血圧 脂質異常症 喫煙歴 冠動脈疾患
脳卒中 末梢動脈疾患 慢性腎臓病 その他()

処方

- なし 別紙参照

検査
希望日時

- 曜日 または 月 日希望 特に希望なし
ご都合の悪い日:

結果説明

- 宇治徳洲会病院で実施 自院にて実施

体重	kg	血清クレアチニン値	mg/dl
----	----	-----------	-------

希望検査 (ご希望の検査項目:下記に☑してください)

<input type="checkbox"/>	動脈硬化スクリーニング (下記項目を☑で選択してください) <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 腎動脈(および腹部大動脈)エコー
<input type="checkbox"/>	CT検査 (下記項目を☑で選択してください) <input type="checkbox"/> 冠動脈のみ <input type="checkbox"/> 冠動脈+胸腹部 <input type="checkbox"/> 冠動脈+胸腹部+頸動脈+下肢動脈 ※胸腹部は放射線科医が読影を行います
<input type="checkbox"/>	MRI検査 (下記項目を☑で選択してください) <input type="checkbox"/> 頭部MRI/MRA+ 頸部MRA <input type="checkbox"/> 腎動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 ※頭部の場合、 脳神経外科医の読影も加えますので、 結果説明に再診頂くことがあります。
<input type="checkbox"/>	その他

受診時におくすり手帳や直近の血液検査データなどご持参頂きますと助かります。
よろしくお願い致します。