

診療情報提供書（心エコー診断依頼）

姫路医療センター 循環器内科医 御中

医療機関

所在地

電話番号

FAX

診療科

医師

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
患者様氏名		大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）	
住 所	（〒 - ） 患者様連絡先 （ ）		

検査希望日	第1希望	月	日	第2希望	月	日
-------	------	---	---	------	---	---

傷病名	疑い
-----	----

紹介目的	
（既往歴・家族歴）	
（症状経過・治療内容）	
（心電図・胸部 X-P 所見）	

- 地域医療連携室に FAX (079-225-3317) して、ご依頼ください。
- 折り返し、「予約通知書」と「心エコー検査票」を FAX いたしますので、患者さんにお渡しください。
- 検査当日、患者さんに心電図・胸部 X-P などを持参していただくと幸いです。

国立病院機構 姫路医療センター 地域医療連携室

電話（直通）：079-288-1355 FAX：079-225-3317