

# 検査予約申込書(FAX送信票)

年 月 日

<<送信先>>

<<紹介元医療機関名>>

**FAX 076-454-3262**

**八尾総合病院 地域医療連携室**

TEL

〒936-2376

富山県八尾町福島7-42

FAX

**電話 076-454-3299(直通)**

ふりがな 患者氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 歳
住所		連絡先(TEL)
受診希望日(第1希望) 月 日 ( ) 時頃	受診希望日(第2希望) 月 日 ( ) 時頃	

**【検査項目】**

マスター心電図(シングル ダブル トリプル)

呼吸機能検査

ABI

尿素呼気試験 ※午前中のみ。

ホルター心電図

心臓超音波検査 ※土曜日不可

検査目的: 心機能評価 その他(

症状: 胸痛 めまい 意識消失発作 呼吸困難 不明熱 動悸 なし

既往: 高血圧 糖尿病 脳梗塞 狭心症 心雑音 心電図異常 なし

その他 ( )

頸動脈超音波検査

既往: 脳梗塞 高血圧 糖尿病 高脂血症 なし

下肢超音波検査(下肢静脈血栓の検索)

症状部位: 右大腿 左大腿 右下腿 左下腿 なし

既往: 深部静脈血栓 肺塞栓症  (腹部・下肢)手術の既往 なし

**【検査結果のご提供】**

検査後、患者様にお渡しする。 後日、八尾総合病院職員がお持ちする。

※本検査予約申込書をFAXでお送りください。(FAX送信後に地域医療連携室までお電話をお願いします。)

※FAXの受付時間は、平日8:30~16:30、土曜日8:30~12:00となっております。

※予約日時確定後、八尾総合病院より検査予約票をFAXで送信いたします。患者様へお渡しください。

-----  
八尾総合病院 検査室記入欄

検査予約日 月 日 ( ) 時 分