# 診療情報提供書（兼）受診依頼票
# -心機能クイックチェック外来-

年　　月　　日

済生会川口総合病院

循環器内科

医療機関名称：

及び所在地：

医師名：

電話番号

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ<br>患者氏名 | | | | 性別<br>（　男・女　） |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日（　　歳） | |
| 住　　所　〒 | | | 電話番号 | |

病名: □ 心不全ステージA, Bの疑い

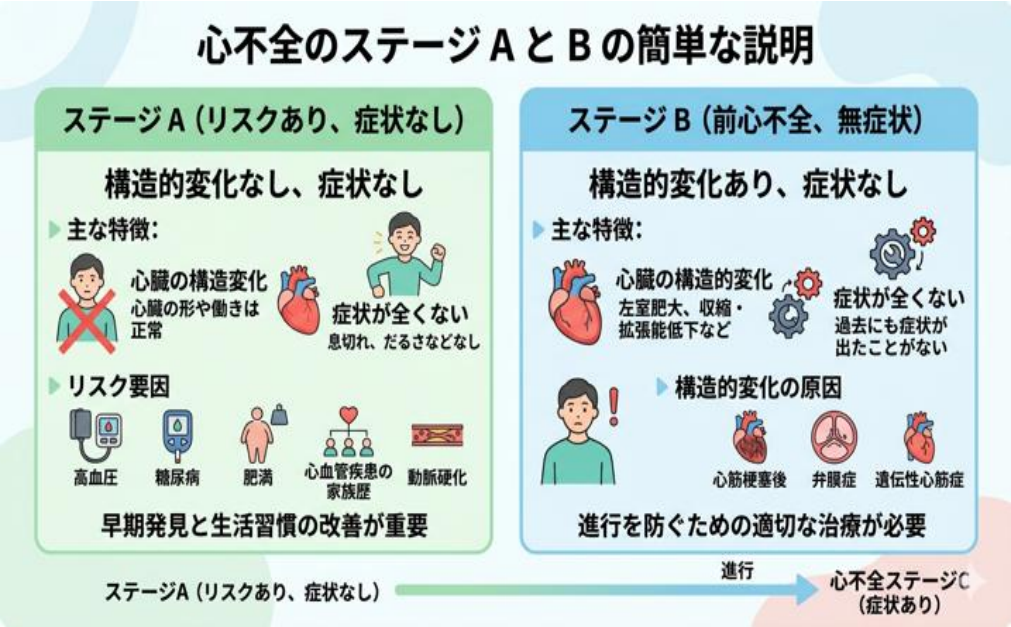
□ その他（　　）

## 心エコー検査を希望します

※原則、当日中に検査を実施のうえ、ご説明をさせていただきます。

※事前の予約は不要となりますので、平日の9時-15時までの間に当書面をご持参ください。

※患者様の容態に応じて、追加で検査を実施させていただく可能性がございます。




【その他ご要望など】　何かございましたら下記にご記入ください（空欄でも構いません）