FAX送付票

検査依頼書(心電図検査)

紹介元

社会医療法人 寿人会 木村病院 入退院支援·地域連携部

FAX: 0778-51-0624

申込日: 西暦 年 月 日

TEL: 0778-51-6171

医療機関 医師氏名 (EI) 患者基本情報 ふりがな 性別 生年月日 患者氏名 □男□女 西暦 月 (歳) 年 日 住所 TEL ※木村病院 記入欄(ご記入不要です) 木村病院 受診歴: □ なし・ □ あり・ □ 不明 木村病院 ID: 心電図検査 依頼内容 検査予約日時 西暦 年 月 日 時 分 検査データ ┃□ [検査当日] 患者さまへお渡し ・ □ [後日] 貴院へ郵送 連絡事項 症状経過·検査結果 連絡事項

検査のご案内 (心電図検査)

社会医療法人 寿人会 木村病院

V	検査	Н	鴶
•	$1 \wedge \Box$	_	

西暦 年 月 日 時 分

- * 検査当日は、検査時間の10分前までに受付をお済ませください。
- ▼ご持参いただくもの

検査のご案内・検査依頼書

* 受付時に、ご提出ください。

検査について

- ・ 心臓が動くときに発生する小さな電気刺激を波形として記録します。
- 検査時間は2~3分程度です。
- ・ 検査自体に痛みはありません。

ご注意

- ・ 電極を手首、足首に装着します。手首、足首が出せる服装でご来院下さい。
- 検査結果は紙でお渡します。

*予約変更等のお問合せにつきましては、下記までお願いいたします。

社会医療法人 寿人会 木村病院 入退院支援·地域連携部 0778-51-6171