

# 心電図判読申込書

発信日 平成 年 月 日

発信元	医療機関名:			先生
	電話番号:		FAX番号:	
患者情報	歳		男性・女性	
病名				
簡単な経過 や症状など				
直近のデータ ( 年 月 日)	WBC	AST	BUN	
	RBC	ALT	Cr	
	Hb	γ GTP	Na	
	Plt	LDH	K	
	CRP	CPK	Cl	
内服薬				
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 虚血の所見があるか？</li> <li>・ 不整脈の種類は？</li> <li>・ 精査や治療が必要か？</li> <li>・ 紹介受診させた方がよいか？</li> </ul>		その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul>	
回答方法	以下よりお選び下さい。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 至急、電話で結果を聞きたい。</li> <li>・ 至急、FAXで返事が欲しい。</li> <li>・ 当日中に電話で結果を聞きたい。</li> <li>・ 当日中にFAXで返事が欲しい。</li> </ul>			

(送付心電図 計 枚)

- \* 平日9時～17時の間でのサービスです。まずは医療連携室にお電話下さい(TEL: 097-569-3121)。
- \* 提供頂く情報が多いほどより正確な回答ができますが、全ての欄を埋めて頂かなくても構いません。
- \* 判読に当たり、当院の医師から臨床背景をお尋ねする場合がありますので、ご了承ください。