

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"> ・ 虚血の所見があるか？ ・ 不整脈の種類は？ ・ 精査や治療が必要か？ ・ 紹介受診させた方がよいか？ | | その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ | |
| 回答方法 | 以下よりお選び下さい。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 至急、電話で結果を聞きたい。 ・ 至急、FAXで返事が欲しい。 ・ 当日中に電話で結果を聞きたい。 ・ 当日中にFAXで返事が欲しい。 | | | |

(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。