

# オープン検査依頼書

令和 年 月 日

**FAX 059-359-0009**

(紹介元)

四日市内科ハートクリニック  
地域連携室 よつば  
代表 TEL 059-359-0008  
直通 TEL 070-2223-8100

病院名  
所在地  
担当医  
TEL  
FAX

フリガナ		自宅 TEL	- -
氏名		携帯 TEL	- -
生年月日	S/H/R 年 月 日 才	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
当院受信歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 不明
臨床所見 及び 検査目的			
報告形式	<input type="checkbox"/> レポートのみ <input type="checkbox"/> レポート+DVD(X線・エコー画像のみ)		

## 【検査項目】

- |   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 心臓エコー検査                            | <input type="checkbox"/> ホルター心電図  | <input type="checkbox"/> 心電図            |
| <input type="checkbox"/> 発作時心電計                             | <input type="checkbox"/> 24時間血圧計  | <input type="checkbox"/> 動脈硬化(CAVI/ABI) |
| <input type="checkbox"/> 胸部X線                               | <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸検査 | <input type="checkbox"/> 肺機能検査          |
| <input type="checkbox"/> その他エコー検査(部位: 腹部・頸動脈・甲状腺・下肢静脈・下肢動脈) |                                   |   |
| <input type="checkbox"/> 診察のうえ、検査内容を決め行う。                   |                                   |   |

※1 診療情報提供書を添付の際は、患者様にお渡しください。

※2 予約票は予約日時のみ未記入のうえ、患者様に切ってお渡しください。

## 予約票

電話予約のうえ、お越しください。

**予約 TEL 070-2223-8100** (紹介元)

四日市内科ハートクリニック  
地域連携室 よつば

病院名  
担当医

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日	S/H/R 年 月 日 才
予約日時	令和 年 月 日 (曜日)		
	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分		

※1 予約日時は、電話予約の際ご自身で記入してください。

※2 来院の際は、必ずこの予約票をお持ちください。