

横浜労災病院 ホルター心電図検査 検査申込書・紹介状

申込日 令和 年 月 日

横浜労災病院地域医療連携室 あて (FAX 045-474-8344)

様の検査を 月 日 時 分に予約しました。

下記の空欄部分に必要な事項を記入のうえ、FAXでご返送下さい。

【紹介医療機関】

名称		医師名	
所在地	〒()	電話番号	- -
		FAX番号	- -

【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大正(T) 昭和(S) 平成(H) 令和(R) 年 月 日
住所	〒()		電話番号 - -
当院受診歴(有・無・不明)		患者ID	- -

臨床診断名及び検査目的等具体的に記載して下さい。

該当項目を○で囲んで下さい。

症状 : 失神 めまい 動悸 胸痛 その他()
 検査目的 : 精査 スクリーニング フォローアップ
 現病歴 :

◆疑い疾患名(疑っている病名に○)

上室性期外収縮 心室性期外収縮 心房細動 心室頻拍
 WPW症候群 発作性上室性頻拍
 洞不全症候群 房室ブロック 徐脈性心房細動
 狭心症 その他()

◆基礎疾患・既往症・危険因子(該当するものに○)

高血圧 高脂血症 糖尿病 喫煙 飲酒
 心筋梗塞 狭心症 弁膜症 脳梗塞
 その他()

◆投与中薬剤(有無に○。その他心臓に関わる薬剤に関しては1日量・投与法まで詳しくお願いします)

抗不整脈薬 有・無 (投与内容:
 β-blocker 有・無 (投与内容:
 ジギタリス 有・無 (投与内容:
 キサンチン製剤 有・無 (投与内容:
 シロスタゾール 有・無 (投与内容:

その他 []

(注)検査結果の報告は検査日から1週間程度で郵送いたします。