

# 横浜労災病院 ホルター心電図検査 検査申込書・紹介状

横浜労災病院地域医療連携室

様の検査を

参考

申込日 令和 年 月 日

—474—8344)

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、横浜労災病院地域医療連携室(FAX 045-474-8344)あてFAXでご返送下さい。

紹介医療  
機関名称

〒( - )

住所

医師名

電話番号

FAX番号

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明治(M) 大正(T) 昭和(S) 平成(H) 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(疑っているものがあればそれに○をつける) 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2週間程度で郵送いたします。			