新別府病院地域医療連携室FAX　0977-22-1151

|  |  |
| --- | --- |
| 心電図判読申込書 発信日　　年　　月　　日 | |
| 発 信 元 | 医療機関名：  先生 |
| 電話番号　　　　（　　　） 　FAX番号　　　　（　　　） |
| 患者氏名  年　齢  生年月日 | ふりがな  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　歳  明治・大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 症　状  **※（必須）** |  |
| 検査データ | （電解質、BUN、クレアチニン値など） |
| 内 服 薬 |  |
| 病名（心筋梗塞・弁膜症など）及び合併症 |  |
| 以下の項目に∨を付けて下さい  □至急、電話で結果を知りたい  □１日以内に返事を希望 | |

新別府病院　地域医療連携室あて

　　　　　　（送付心電図　　　　　枚）

※但し、土・日・祝日は判読サービスを休ませていただきます。

また、平日時間外のご依頼の場合は当日お返事出来ない場合があります。

※症状については必須でお願い致します。検査データ・内服については任意とさせていただきます。