

# 動脈硬化評価検査 予約申込書（診療情報提供書）

年 月 日

<b>紹介先：汐田総合病院</b> 〒230-0001 横浜市鶴見区矢向1-6-20 患者サポート室（地域連携）行 TEL 045-574-1396 FAX 045-574-1542
------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>紹介元：保険医療機関</b> 所在地 医療機関 医師名 印 TEL FAX
---------------------------------------------------------

<b>予約日時</b> 年 月 日 曜日 : ~
-----------------------------

\*お電話でお申込みいただいた際にお伝えした日時をご記入ください。

<b>紹介患者情報</b>					
フリガナ 氏名		生年 月日	明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	性 歳別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 -				
電話		携帯電話			

<b>紹介目的</b>	
検査内容	動脈硬化評価検査

<b>診療情報提供（傷病名・検査目的・既往歴・症状経過・備考）</b>					
病名	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患（疑い含む） <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
検査目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 有所見精査 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
既往歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年（1日あたりの本数… 本）				

<b>現在の処方・その他 ※別紙添付でも結構です</b>