

診療情報提供書（心エコー診断依頼）

姫路医療センター 循環器内科医 御中

医療機関

所在地

電話番号

FAX

診療科

医師

フリガナ		☐ 男性	☐ 女性
患者様氏名		明・大・昭・平	年 月 日（ 歳）
住 所	（〒 - ） 患者様連絡先 （ ）		

検査希望日	第1希望	月 日	第2希望	月 日
傷病名		疑い		
紹介目的				
（既往歴・家族歴）				
（症状経過・治療内容）				
（心電図・胸部 X-P 所見）				

地域医療連携室に FAX（079-225-3317）して、ご依頼ください。折り返し、「予約通知書」と「心エコー検査票」を FAX いたしますので、患者さんにお渡しく下さい。

検査当日、患者さんに心電図・胸部 X-P などを持参していただけると幸いです。

国立病院機構 姫路医療センター 地域連携室

電話（直通）：079-288-1355 FAX：079-225-3317