



# 豊橋ハートセンター医療連携 診療・検査申込書

TEL : 0532 - 37 - 3387 / FAX : 0532 - 37 - 3386

医療機関	
医師名	
TEL	( ) -
FAX	( ) -

**お申込日**

平成 年 月 日

## 受診者情報

※保険証と紹介状の写し(必須)を添付してください

フリガナ		男		〒
氏名	様	・	住所	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	女	TEL	( ) -
豊橋ハートセンター受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診察券番号 )				

## 依頼内容

※該当する口にチェックを入れてください。

<b>【診察】</b> <input type="checkbox"/> 循環器内科外来 ( ) <input type="checkbox"/> 心臓血管外科外来 ( ) <small>※静脈瘤外来含む</small> <input type="checkbox"/> 脳神経外科外来 ( ) <input type="checkbox"/> あしの外来 ( )	造影 CT・造影 MRI・心カテの場合は以下もご記入ください	
	身長	体重
<b>【検査】</b> <input type="checkbox"/> 心臓カテーテル検査 <input type="checkbox"/> CT (部位: <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影) <input type="checkbox"/> MRI (部位: <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影) <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	造影剤使用歴 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ( )	禁忌薬 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ( )
	アレルギー ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ( )	喘息 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ( )
	$\beta$ 遮断薬 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ( )	
	※直近の血液検査結果(腎機能)を添付ください	

## 結果説明について

※該当する口にチェックを入れてください。

(1)  豊橋ハートセンターにて  自施設にて

## 診察・検査希望日

※ご希望の検査日をご記入頂くか、口にチェックを入れてください。

診察・検査希望日  有り ( 月 日 ( ) 希望)  無し (当院に委ねる)

指定医師 (診察の場合)  有り ( ) 医師  無し (当院に委ねる)

## 通信欄

通信欄