診療情報提供書（兼）検査依頼書

年　　月　　日

府 中 病 院
セット検査 担当医先生

医療機関名

医師名　　㊞

フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年　月　日生まれ（　歳）
患者氏名	様			
住　所	〒　-		TEL	
傷病名				
紹介目的	□ 心疾患及び動脈硬化のスクリーニング □ 糖尿病患者さんへのスクリーニング □ 無症候性心房細動などの不整脈の検出			

＜既往歴・家族歴/経過及び検査結果/現在の処方等々＞

□ 心疾患スクリーニングセット検査

☑ 心エコー　☑ 頸動脈エコー
☑ ＡＢＩ　☑ 12誘導心電図
☑ ホルター心電図

□ 生活習慣病合併症セット検査

☑ 心エコー　☑ 頸動脈エコー
☑ ＡＢＩ　☑ 12誘導心電図
□ 腹部エコー
or（選択制）
□ 腹部CT単純 ＋ 腹腔内脂肪測定

※上記空欄は選択制になりますのでいずれかにチェックしてください。

備考：必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

府中病院　地域医療連携室　〒5940076 大阪府和泉市肥子町１-１０-１７ TEL0725-40-2147