

# 診療情報提供書(生理機能検査)

メディカルトピア草加病院

医療連携課直通

TEL : 048-912-3303

FAX : 048-928-1522

紹介  
元

医療機関名 :

紹介医師名 :

TEL :

検査予約日時

平成 年 月 日 ( )

AM ・ PM 時 分

フリガナ

患者氏名 : 様 [男・女]

生年月日 : M・T・S・H [ 歳]

TEL :

身長 :

体重 :

【検査依頼内容】※検査項目□印にチェックしてください。

心エコー

腹部エコー

ABI

【症状・目的】

【既往】

【内服薬】※お薬手帳等をご持参頂ければ、記載は不要です。