



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

_____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	住所	〒
氏名	様		女		
生年月日	T・S・H	年 月 日	歳	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)					

※該当する□にチェックを入れてください。

依頼内容

また、紹介状の添付が無い場合は、通信欄に「紹介目的・症状」をご記入ください。

【診察】 <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	cm	体重
【検査】 <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) ()	
	β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□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、□にチェックを入れてください。

診察・検査希望日	<input type="checkbox"/> 有り (月 日 () 希望)	<input type="checkbox"/> 無し (当院に委ねる)
指定医師 (診察の場合)	<input type="checkbox"/> 有り () 医師	<input type="checkbox"/> 無し (当院に委ねる)

通信欄
