

# 診療情報提供書(ホルター心電図依頼用)

平成 年 月 日

医療機関名 りんくう総合医療センター

循環器内科 担当医 宛

紹介元 医療機関	住 所	
	医療機関名	
	医師氏名	
	電話番号	

患者氏名		性 別	男 ・ 女
患者住所		電話番号	
生年月日	M・T S・H 年 月 日( 歳)	職 業	
傷 病 名			
紹介目的	ホルター心電図検査目的		
検査目的 (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> 不整脈の解析 <input type="checkbox"/> 薬剤の効果判定 <input type="checkbox"/> ペースメーカー機能判定 <input type="checkbox"/> 自覚症状と心電図変化の関係		
検査目的 詳細 (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> 術前評価 <input type="checkbox"/> PVC check <input type="checkbox"/> SSS評価 <input type="checkbox"/> Af精査 <input type="checkbox"/> PSVT有無 <input type="checkbox"/> Paf評価 <input type="checkbox"/> WPW synd <input type="checkbox"/> RonT check <input type="checkbox"/> CRBBB <input type="checkbox"/> CLBBB <input type="checkbox"/> HCM <input type="checkbox"/> DCM <input type="checkbox"/> VSD <input type="checkbox"/> ASD <input type="checkbox"/> AdamStokesSyndSusp <input type="checkbox"/> OMI <input type="checkbox"/> CABG f/u <input type="checkbox"/> 不整脈精査 <input type="checkbox"/> 胸部不快感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 意識消失発作 <input type="checkbox"/> syncope <input type="checkbox"/> paipitation <input type="checkbox"/> chest pain <input type="checkbox"/> 原発性アミロイドーシス <input type="checkbox"/> BasedowsDiseas <input type="checkbox"/> 立ちくらみ		
既往歴・治療経過・ 現在の処方など (必要な場合)			
その他	(ホルター心電図実施に際して、特に所見を必要とされる項目等、ご要望等がございましたらご記入ください。)		

『心臓超音波』・『頸動脈超音波』・『ABI検査』等をホルター心電図と同時に依頼されますと、ホルター心電図の着脱日に検査の予約を取得しますので、改めての来院を避けることができます。必要時にはぜひご依頼ください。