

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。