# 心臓エコー検査依頼書　（八重山圏内医療機関用）

年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 紹介元医療機関 | | | |
| （カナ）<br>患者氏名 | 八重山病院ID：<br> | 性別 | ☐ 男<br>☐ 女 |
| 生年月日 | ☐ 大正　☐ 昭和<br>☐ 平成　☐ 令和　　年　　月　　日 | | |
| 患者連絡先 | TEL　　☐ 本人　☐ その他（　　） | | |

| | |
|---|---|
| 検査希望日等<br>※できるだけご記入ください | |

●検査項目

☐ スクリーニング　　☐ 経過観察　　☐ 心電図異常精査

●臨床診断（診断名）

●症状等その他特記事項

●症状

- ☐ 症状なし
- ☐ 胸痛
- ☐ 胸部不快感
- ☐ 動悸
- ☐ 呼吸苦
- ☐ 不整脈
- ☐ 浮腫
- ☐ 心雑音
- ☐ めまい・意識消失
- ☐ その他

［　　］

●身長・体重

身長 _____ cm

体重 _____ kg

※身長・体重は、分かる場合はご記入ください。

●移動形態（ADL）

- ☐ 単独歩行
- ☐ 車椅子
- ☐ ストレッチャー

※すべてに欄にご記入・チェックをお願いします。

沖縄県立八重山病院

2022.4月改訂