

ホルター心電図解析依頼書

提出日 年 月 日

紹介元医療機関名			
フリガナ		性別	生年月日
氏名		1. 男 2. 女	1. 明 2. 大 3. 昭 4. 平 年 月 日
フリガナ		電話番号	
現住所	〒		

臨床診断

確 疑 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 未定・なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 上室性期外収縮 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 上室性頻拍症 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心室性期外収縮 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 脚ブロック(右・左) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心房粗細動(慢性・一過性) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 房室ブロック(I度 II度 III度) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 洞機能不全(SSS)	確 疑 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ペースメーカー(種類) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 狭心症(労作性 ・ 安静 ・ 不安定 ・ 異型) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心筋梗塞(急性 ・ 陳旧性) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> WPW(LGL)症候群 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 脳血管障害 その他 [] <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 高血圧(心) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心不全
--	--

検査目的

<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 不整脈の種類・頻度の精査 <input type="checkbox"/> 虚血性変化(ST変化)の精査 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ペースメーカー機能評価 <input type="checkbox"/> 症状時の心電図変化 <input type="checkbox"/> 薬剤効果の評価
---	--

主訴

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸部圧迫感 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 胸部不快感 <input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 脈の乱れ	<input type="checkbox"/> 意識消失 <input type="checkbox"/> めまい・フラフラ感
--	--	--	--	---

使用薬剤 (薬剤名・投薬量等)

<input type="checkbox"/> 投薬なし <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬 <input type="checkbox"/> リスモダン <input type="checkbox"/> シベノール <input type="checkbox"/> メキシチール <input type="checkbox"/> サンリズム <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> インデラル <input type="checkbox"/> メイントート <input type="checkbox"/> セロケン <input type="checkbox"/> アーチスト <input type="checkbox"/> セレクトール <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> α II 拮抗薬 <input type="checkbox"/> ニューロタン <input type="checkbox"/> プロブレス <input type="checkbox"/> ディオバン <input type="checkbox"/> オルメテック <input type="checkbox"/> ミカルディス <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> ACE阻害薬 <input type="checkbox"/> インヒベース <input type="checkbox"/> レニベース <input type="checkbox"/> タナトリル <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> Ca拮抗薬 <input type="checkbox"/> アダラート <input type="checkbox"/> ペルジピン <input type="checkbox"/> コニール <input type="checkbox"/> アムロジン <input type="checkbox"/> ノルバスク <input type="checkbox"/> ワソラン <input type="checkbox"/> ヘルベッサー <input type="checkbox"/> 他()
<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬 <input type="checkbox"/> ニトロール <input type="checkbox"/> アイトロール <input type="checkbox"/> ニトロダームTTS <input type="checkbox"/> フランドルテープS <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 抗血栓薬 <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> パナルジン <input type="checkbox"/> バファリン81 <input type="checkbox"/> バイアスピリン <input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> ジキタリス <input type="checkbox"/> ジゴキシシン <input type="checkbox"/> ラニラピッド <input type="checkbox"/> ジギトキシシン <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> アロテック <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	

< 保険情報 >

当院受診歴 あり なし

保険者番号	記号・番号		本・家	老健負担割合
			1. 本人 2. 家族	割
公費負担者番号	受給者番号	減免	開始日	終了日
		1. あり 2. なし	年 月 日	年 月 日