

大久保病院 地域連携係 行 FAX 03(5273)7749

(受付時間 月曜～金曜 9:00～16:00)

## 心電図判読依頼書

大久保病院 循環器内科 担当医宛

心電図及び依頼書を含め 枚

発信日	平成 年 月 日		
発信元	医療機関名		
	担当医師名		
	電話番号		
	FAX番号		
患者情報	患者イニシャル	様	男 ・ 女
	年齢	歳	
ご依頼の心電図につきお困りの点をお書きください。			