

24時間自由行動下血圧測定（ABPM） 患者様紹介方法等について

●患者様の紹介方法について

1. 診療情報提供書（紹介状）による場合
2. 専用様式による紹介の場合

●検査予約日の依頼・決定・通知について （流れ）

- ①専用様式により、FAXでご依頼ください。⇒宛先：医事課・患者紹介窓口
- ②検査日の決定
- ③検査予約票により返信 ⇒ 依頼より、約30分程度で返信します。
※予約票は、患者様にお渡しください。
- ④患者様の受診 ⇒ 通常の受診に同じ（総合受付で手続き）
- ⑤結果通知 ⇒ 翌日、検査終了後、結果表を付けてお知らせします。

●FAX予約時間について

月～金曜日 8：30～17：00

●検査日

月～金曜日 11：00～16：00

●検査依頼書の記入上の注意

予約希望日時について

第1～3希望日時を、記入するようにしていますが希望に添えない場合があります。

総合医療センター受診歴について

不明の場合は未記入でかまいません。

●予約のキャンセルについて

お電話でお知らせください。

本件に関するお問い合わせ先



出雲市立総合医療センター

○検査方法等に関すること

臨床検査科（電話：代表 0853-63-5111）

○予約に関すること

医事課・患者紹介窓口

（電話：直通 0853-63-5680）



24 時間自由行動下血圧測定 (ABPM)

検査依頼書

原本は、検査日に受付へ提出してください。

患者情報	フリガナ				総合医療センター 受診歴	有 無		
	氏名	男・女						
	生年月日	T・S・H	年	月			日	才
	住所	電話番号 () -					第1希望	月 日 時
貴医療機関名	医療機関名				予約希望日時	第2希望	月 日 時	
	診療科		電話 番号			第3希望	月 日 時	
	医師名		Ⓜ	FAX			いつでも良い	

傷病名	
紹介目的	例：血圧変動等精査をお願いします。
症状、治療経過 及び検査結果	
現在の処方	
備考	

※必要ある場合は、継紙に記載して添付すること。※必要ある場合は、画像診断、検査の記録を添付すること。

※本用紙は、診療情報提供書（紹介状）として取扱います。