

心電図検査依頼状

年 月 日

【心電図検査実施医療機関】

様

【市民健康診査(特定健診)実施医療機関】

住所

医療機関名

氏名

印

豊中市市民健康診査（特定健診）で、下記の方は心電図が必要となりました。検査をよろしくお願いたします。

フリガナ			生年月日
氏名		男・女	年 月 日生
住所	豊中市		

市民健康診査(特定健診)結果（一部）

市民健康診査 (特定健診)受診日	年 月 日
血圧値	最高 mmHg / 最低 mmHg
その他の特記事項	

恐れ入りますが、心電図の結果については市民健康診査（特定健診）実施医療機関様にお伝えいただきますようお願いいたします。請求については豊中市保健所 コロナ健康支援課（問合せ先 6858-2291）までお願いいたします。