



心電図判読用FAX送信用紙



送信先

函館市医師会病院 地域医療連携センター クローバー



FAX 0138-43-3416

TEL 0138-43-4876

※ご不明な点は当センターへご連絡下さい。

送信元

医療機関名

送 信 日

月

日

F A X

T E L

※FAX送信の際は『心電図』と一緒にFAXをお願い致します

■患者様情報

名前(かた)

様

歳

男性・女性

■疑われる病名

虚血性心疾患

不整脈

その他

■病 状

有 り

な し

■備 考