## 検査申込書・診療情報提供書

受診	月		□ ( )		〒141-0001 東京都品川区北品川5-4-12 大崎病院 東京ハートセンター					
希望日	時 分			TEL: 03-5789-8108 (連携室直通) FAX: 03-5789-8109 (連携室直通)						
フリガナ					生年月日					
患者氏名					大・昭 平・令	年		月	<u> </u>	歳
性別	男		•	女	電話					
ご依頼の検査にチェックをお願いします										
検査種別	超音波	□ 心臓	□頚	動脈	□ 腹部	□ ₹	その他	(		)
	心電図 ロ ホルター心電図 ロ トレッドミル									
	□ ABI/CAVI									
	CT	□ 単純								
	+今本切冶	□ 心臓(冠動脈) □ 胸部 □ 腹部 □ 四肢								
	検査部位	□ 頭部 □ での他部位 ( )							)	
下記事項のチェックをお願いします										
	●心臓ペースメーカー							•	無	
● ICD	• CRTD						有	•	無	
● 妊娠も	● 妊娠もしくは妊娠の可能性						有	•	無	
【造影検査のみ】										
● 気管支喘息							有	•	無	
● 糖尿病										
※メトホルミン・ブホルミンなどのビグアナイド系糖尿病薬(配合剤を含む)は造影CT検査の2日前から休薬していただきますようご指導お願い致します。							有	•	無	
● 造影剤による過敏症の既往							有	•	無	
<ul><li>■ 腎機能障害</li><li>腎機能データ (クレアチニン値: )</li></ul>							 有	•	——— 無	
●結果説明の希望 有 ・ 無										
検査結果										
●CD-ROM □ 要 (□ 持ち帰り □ 郵送) □ 不要 ●読影レポート □ 要 □ 不要 ※後日、FAX・郵送させていただきます。										
診断名•検査目的										
既往歴等										
紹介元医療機関名						依頼医師名				
所在地	Ŧ									
<u> </u>										
連絡先	先   TEL: FAX:									

