

検査申込書・診療情報提供書

受診 希望日	月 日 ()	〒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 TEL: 03-5789-8108 (連携室直通) FAX: 03-5789-8109 (連携室直通)	
	時 分		
フリガナ		生年月日	年 月 日 歳
患者氏名		大・昭 平・令	
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 ☐ 頸動脈 ☐ 腹部 ☐ その他 ()
	心電図	☐ ホルター心電図 ☐ トレッドミル
		☐ ABI/CAVI
	CT	☐ 単純 ☐ 造影
	検査部位	☐ 心臓 (冠動脈) ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 四肢 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ その他部位 ()

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	有 ・ 無
● ICD ・ CRTD	有 ・ 無
● 妊娠もしくは妊娠の可能性	有 ・ 無
【造影検査のみ】	有 ・ 無
● 気管支喘息	
● 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
● 腎機能障害 腎機能データ (クレアチニン値:)	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	〒		
連絡先	TEL: FAX:		