

東京ハートセンター 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			明・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	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	心電図	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル				
		<input type="checkbox"/> ABI/CAVI				
	CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影				
	検査部位	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 頸部 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】			
● 気管支喘息	有	・	無
● 糖尿病	有	・	無
※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。			
● 造影剤による過敏症の既往	有	・	無
● 腎機能障害	有	・	無
腎機能データ (クレアチニン値:)			

診断名・検査目的

既往歴・病状、治療経過・検査結果

紹介元医療機関名		依頼医師名	
所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	