

東京ハートセンター 心筋シンチ検査申込書・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	<input type="checkbox"/> 心筋血流シンチ(運動負荷)
	<input type="checkbox"/> 心筋血流シンチ(薬剤負荷)
	<input type="checkbox"/> 心筋血流シンチ(安静のみ)
	<input type="checkbox"/> 安静心筋シンチ(心筋脂肪酸代謝検査)
	<input type="checkbox"/> 安静心筋シンチ(心筋交感神経機能検査)

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
● 気管支喘息	有	.	無
● 糖尿病	有	.	無

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:	