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（　　） 時　　分

〒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）

フリガナ		生年月日	
患者氏名		明・大 昭・平・令	年　月　日　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	☐ 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　☐ 胸部　☐ 腹部　☐ 頭部　☐ 冠動脈
		☐ 四肢　☐ 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 ※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 ※後日、FAX・郵送させていただきます。	☐ 不要

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:

TOKYO HEART CENTER