

(診療情報提供書) 平成 年 月 日

紹介先 東京都済生会中央病院

〒108-0073 東京都港区三田1-4-17

TEL:03-3451-8211(代表) FAX:03-5232-0260

地域医療センター(病診連携室) 内線 2165・2166

検査依頼票 No.2

予約日時 平成 年 月 日 午前・午後 時 分

(済生会中央病院 ID)

フリガナ

氏名 _____ 殿 男・女

生年月日 _____

T・S・H 年 月 日 才

ご依頼元医療機関名 _____

診療科名・ご担当医師名 _____

科 _____ 先生

ご連絡先電話番号 _____

— —

ご依頼検査

心機能検査

心エコー 24時間ホルター心電図

心電図 トレッドミル運動負荷試験

負荷心電図

その他 ()

内視鏡検査

上部消化管 医師指定 ()

セデーション (有 ・ 無)

下部消化管 医師指定 ()

前処置処方 (貴院処方 ・ 済生会中央病院処方)

来院日 _____ 月 _____ 日

感染症 (HBs抗原・HCV抗体・ワ氏・検査中・未検)

検査日 _____ 月 _____ 日

血圧脈波検査

ABI・PWV

RI検査

【心臓】

心筋血流シンチ タリウム心筋シンチ

テクネチウム心筋シンチ (TF・MIBI)

運動負荷 (1回, 2回)

薬剤負荷 (1回, 2回)

安静時 (1回)

心プールシンチ

身長 _____ cm / 体重 _____ kg

【全身 (骨・Ga)・脳・脊髄・その他】

骨シンチ ガリウムシンチ

甲状腺シンチ 肺血流シンチ

脳血流シンチ (ECD・IMP)

その他 ()

傷病名・紹介目的 _____

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過 _____

現在の処方・備考 _____