

(診療情報提供書)

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

患者支援センター(地域連携室) 内線 5163・5164

# 検査依頼票 No.2

予約日時 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 ( )

### 血圧脈波検査

- ABI・PWV

### RI検査

#### 【心臓】

- 心筋血流シンチ  テクネチウム心筋シンチ  
運動負荷 (2回)  
薬剤負荷 (2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 ( )

### 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

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