

(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<運動負荷(2回)・薬剤負荷(2回)>

身長 cm/体重 kg

- ☐ その他 ()

【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) <SPECT・SPECT-CT>
- ☐ 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