

検査ご依頼票

【紹介元施設書類】

【検査の依頼方法】

- ① 当院へお電話いただき、検査内容と予約日時をご確認ください。
TEL：03-6285-0810
- ② 患者様情報・紹介元情報・検査内容と日時・診療情報を下記にご記入ください。
- ③ 当院へ「検査ご依頼票」をFAXにてお送りください。
FAX：03-6285-1800
- ※検査ご依頼票は、検査結果を確認するまではご施設様で保管してください。
- ④ 「予約票」を患者さんにお渡しください。
「マイナ保険証または保険証」と「予約票」を検査当日にお持ちいただくようお願いください。

【患者様情報】

貴 院 ID	
氏 名	
生 年 月 日	西暦 年 月 日
性 別	男 ・ 女
電 話 番 号	()
携 帯 電 話	()
保 険 区 分	国保・社保・その他 ()

【紹介元情報】

紹 介 元	
診 療 科	
ご 紹 介 先 生	

【検査内容と日時】

検査内容： 心エコー（ 経胸壁 ・ 運動負荷 ・ 薬物負荷 ）
血管エコー（ 下肢動脈 ・ 下肢静脈 ・ 頸動脈 ・ 腎動脈 ）

検査日時： 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分

【診療情報】 ※具体的に記入してください。

症 状 ：

検査目的： ☐ 虚血性心疾患 ☐ 弁膜症 () ☐ 心筋症 () ☐ 不整脈
☐ 静脈血栓 ☐ 下肢虚血 ☐ 動脈硬化 ☐ その他 ()

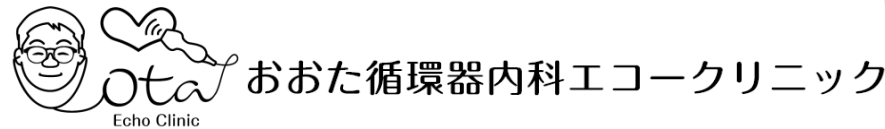
既 往 ：

【結果】

原則翌営業日にレポートを郵送いたします。

心エコーのみ、CD-ROMもご希望の場合は、こちらにチェックを入れてください。 ☐ROM希望

HPはこちら↓



TEL：03-6285-0810
FAX：03-6285-1800

予 約 票

【患者様持参用】

氏名 様

(生年月日：西暦 年 月 日)

紹介元ご施設

診 療 科

ご 紹 介 先 生

検査内容： 心エコー (経胸壁 ・ 運動負荷 ・ 薬物負荷)

血管エコー (下肢動脈 ・ 下肢静脈 ・ 頸動脈 ・ 腎動脈)

検査日時： 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分

お持ち物： 保険証、当予約票

【お願い】

- ☐ 検査当日は**15分前まで**にご来院ください。
- ☐ 直前に来院された場合、順番が遅くなることがありますのでご注意ください。
- ☐ 進行状況で待ち時間が生じることがあります。ご了承くださいますようお願いいたします。
- ☐ キャンセル・日時変更は**2日前まで**にご連絡をお願いします。
- ☐ お支払いは現金・クレジットカード・デジスマ決済が可能です。

運動負荷心エコーを受けられる方へ

【注意点】

- ☐ 腰や膝の痛みで運動が難しい方は事前にご相談ください。
- ☐ サンドルやハイヒール等、運動しづらい靴は避けてください。
- ☐ 検査前は激しい運動や直前の飲食は避けてください。

腎動脈エコーを受けられる方へ

【注意点】

- ☐ **食事は4時間前までに済ませてください。**
※お薬や少量のお水、お茶は問題ありません。

【アクセス】

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台4-1-1 ウエルトンビル4階

🚉 JR中央・総武線 御茶ノ水駅・・・・・・聖橋口徒歩2分

🚉 東京メトロ千代田線 新御茶ノ水駅・・・・B2/B3b出口徒歩2分
(エレベーター・エスカレーターあり)

🚉 東京メトロ丸の内線 淡路町駅・・・・B3b出口徒歩2分

🚉 都営新宿線 小川町駅・・・・・・B3b出口徒歩2分

★1階にニューヨーカーズカフェが入っている建物の4階です。



おおた循環器内科エコークリニック

TEL:03-6285-0810

HPIはこちら↓

