

# 検査ご依頼票

## 【医療機関用】

### 【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↓



おおた循環器内科エコークリニック



**TEL : 03-6285-0810**

**FAX : 03-6285-1800**

# 予 約 票

## 【患者様用】

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 ウェルトンビル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。



HPはこちら↓



おおた循環器内科エコークリニック

TEL:03-6285-0810