

検査予約日時	心 臓 : 月 日 (月・金・土) 13:00
	頸 動 脈 : 月 日 (水) 15:30

**診療情報提供書**  
(心臓・頸動脈超音波検査予約依頼票)

【紹介先】

一般財団法人自警会  
東京警察病院 循環器科 宛

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大 昭 平 令 年 月 日
電話番号	(自宅) — — (携帯) — —		

検査種別 検査目的	<input type="checkbox"/> 心臓超音波	<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 肥大型心筋症 <input type="checkbox"/> 拡張型心筋症 <input type="checkbox"/> 弁膜症(□術後)[ ] <input type="checkbox"/> 心房中隔欠損症(□術後) <input type="checkbox"/> 心室中隔欠損症(□術後) <input type="checkbox"/> その他[ ]
	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	<input type="checkbox"/> 動脈硬化の有無 <input type="checkbox"/> 頸動脈狭窄の有無 <input type="checkbox"/> CT・MRIで所見あり[ ] <input type="checkbox"/> その他[ ]
傷病名		
既往歴 治療経過	〈既往歴〉 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他[ ]	
現在の処方		

紹介元医療機関名(所在地、電話番号、名称)

年 月 日

住 所

電話番号

名 称

医師氏名 \_\_\_\_\_

## 検査予約票(心臓・頸動脈超音波検査)

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 様

【検査予約日時】 心臓： 月 日 (月・金・土) 13:00

頸動脈： 月 日 (水) 15:30

●検査当日は、予約時間の30分前までに1階4番・初診受付にお越しください。

### 1階3番・再診受付

- 検査予約票(本状)、保険証、当院診察券(お持ちの方のみ)
- 検査に遅れる場合やご予約の変更・キャンセルする場合は、医療連携室までご連絡ください。
- 検査結果は、主治医の先生から患者さまにご説明いたします。

当院では、結果説明はいたしませんのでご了承願います。

### 【検査目的】

- ・ 超音波を使い心臓の動きや大きさ、弁の状態を見るものです。

### 【検査時間】

- ・ 30分

### 【注意事項】

- ・ 食事の制限はありません。
- ・ 食事の影響はありませんので、内服は医師の指示どおりにしてください。

[予約変更・キャンセル等の連絡先]

医療連携室

TEL 03-5343-5760

受付時間 8:15~18:00(日祝除く)

[ホームページ]



[アクセス]



東京警察病院  
Tokyo Metropolitan  
Police Hospital



屋外駐車場 80 台 一般料金:200 円/30 分 受診者料金:100 円