

星ヶ丘医療センター 循環器検査依頼書

依頼医療機関・医師名

【 検査依頼・データ 】について
希望される項目に○をつけてください。

		検査 依頼	検査データ	
			原本	コピー
心エコー				
下肢動脈エコー				
下肢静脈エコー				
24 時間血圧計				
ホルター心電図				
心臓 CT				
運動負荷心電図	トレッドミル			
	エルゴメータ			
心筋シンチ	運動負荷タリウム			
	薬剤（アデノスキャン）負荷タリウム			
	MIBG			

注) 1. 検査データの **原本** は、《要返却》です。 **コピー** は、《返却不要》です。

2. 心臓 CT のデータは、 **原本** ならフィルムで、 **コピー** なら CD-R での
お渡しになります。

3. 心筋シンチのデータは、原本のみの貸出となっております。

【その他】 ご要望等ありましたらご記入ください。

星ヶ丘医療センター 地域医療連絡室 FAX : 0120-840-275
※必ず、『診察及び検査予約申込書』と一緒に FAX お願いします。