

ご案内

榎原記念病院「ファストエコー」お申し込みの手順

- ① 診療情報提供書(ファストエコー検査依頼書)にチェック、ご記入ください。
※検査目的、傷病名/既往症は必ずチェックをお願いします。
※未検査の項目については空欄で構いませんが、榎原記念病院で追加検査する可能性があることを患者さんにお伝えください。
※同封の診療情報提供書(ファストエコー検査依頼書)を原本としてご使用ください。
- ② 診療情報提供書を医療連携室にFAX送信してください。
受付：平日 月曜日～金曜日 9:00～17:00
FAX：042-314-3199(直通)
※上記受付時間外、土日等休診日にFAXをお送りいただいた場合は、平日受付時間内の返信となります
- ③ 医療連携室から予約票をFAXにて返信いたします。
※予約票には、受付時間や持ち物の記載があります。(例を同封いたします)
※診療情報提供書原本と予約票は患者さんにお渡しください。
- ④ 検査当日
※当日の患者さんの予定は、受付→検査→会計となります。
※緊急の検査が入ることがあるため、検査の開始時刻が予定とずれる場合があります。
※料金概算（目安としてご案内ください）
1200円(1割負担)、2500円(2割負担)、3500円(3割負担)
- ⑤ 検査結果は、検査1週間後をめどに報告書を発送いたします。
※当院では患者さんに結果説明をいたしません。
※報告書は2部お送りいたしますので、1部は患者さんへのお渡し用にお使いください。
※急ぎ治療が必要な所見については電話でご報告する場合があります。
- ⑥ キャンセルについて
※予約後のキャンセルはご依頼元から当院へご連絡をお願いいたします。

ご留意ください

ファストエコーは精査ではなく、スクリーニング検査です。治療や精密検査を要する患者さんについては診察のお申込みをお願いいたします。

ファストエコーの報告書にて精査や精密検査をお勧めする場合がありますが、榎原記念病院での診療をご希望される場合はあらためて診察をお申し込み下さるようお願いいたします。

診療情報提供書(ファストエコー検査依頼書)

紹介元医療機関	医師名
	電話
	FAX

フリガナ	生年月日 西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
患者氏名	
電話番号	
住 所	

希望日時	第1希望	月 日() 9:30 · 13:30
	第2希望	月 日() 9:30 · 13:30

※検査は平日月～金 但し月曜日は9:30枠のみ

検査目的	<input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 息切れ・浮腫 <input type="checkbox"/> 心電図異常 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> その他()				
傷病名 既往歴	心不全・弁膜症・虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)・心筋症・不整脈・高血圧・糖尿病・貧血・COPD・CKD・肥満症(BMI>30)・開心術歴・人工透析その他()				
血圧	/ mm Hg 脈拍 /min				
心電図 所見	洞調律・心房細動・期外収縮	脚ブロック	+·-	ST変化 +·-	T波異常 +·-
胸部X-ray 所見	心拡大(+·-) 胸水(+·-)				
検査していた場合記入	BNP(pg/ml) NT-proBNP(pg/ml)				
処方	ACE-I/ARB・ARNI・β遮断薬・SGLT2阻害薬・MRA・ジゴキシン利尿剤(ループ・サイアサイド・トルバプタン)・硝酸薬・抗凝固薬				
ADL	車いす・ストレッチャー・その他()				
備考					

例 予約票

予約確定後 FAX にてお送り致します

年 月 日

ファストエコー 予約票

患者氏名	
予約日	年 月 日()
受付時間	時 分
検査開始時間	時 分 開始時間は前後することがあります
持ち物	診療情報提供書
	ファストエコー予約票
	保険証・医療券(お持ちの方)
	診察券(榊原記念病院に受診歴のある方)
注意事項	飲食・服薬の制限はありません。
	上半身が着脱しやすい服装でご来院ください
キャンセルについて	・キャンセルは事前に紹介元の医療機関にご連絡ください。 ・当日キャンセルで紹介元が休診の場合は下記までご連絡をお願いいたします。
	当日キャンセル連絡先
	榊原記念病院代表電話 042-314-3111
	「ファストエコーのキャンセル」とお伝えください。

榊原記念病院 医療連携室

〒183-0003 東京都府中市朝日町3-16-1

電話 042-314-3111(代表)

電話 042-314-3142(医療機関専用)

FAX 042-314-3199