

スクリーニングエコー（超音波）検査ご利用の手引き

1. 頚動脈・甲状腺・心臓・腹部（肝・胆・膵・脾）についてのスクリーニングエコー（超音波）検査のご利用ができます。
2. 検査枠
頚動脈・・・月～木 14:00～
心臓・・・月・水・木 15:00～
甲状腺・・・水・木・金 14:00～
腹部（肝・胆・膵・脾）・・・月～金 11:30～
3. 検査料金
当院で医事請求いたします。
4. お申し込み方法
1) お電話で仮予約をお願いします。
2) 検査予約申込書をFAX送信してください。
3) 折り返し確認票と検査予約票（患者用）を返信いたしますので、検査予約票を患者さんにお渡しください。（平日9:00～19:00のお申込みについては原則30分以内にお返事をいたしますが、受付時間以降のお申込みについては翌診療日になります。）
5. 予約の締切・変更・キャンセル
検査前診療日（検査日が月曜の場合は前週金曜）17時までにご連絡ください。
6. 検査当日の患者さんのなぐれ
1) 予約時間の30分前に本館2階「医療連携窓口」にお越しいただきます。
2) **下記の診療科宛の診療情報提供書をご提出いただきます。**
 頚動脈：脳神経内科 甲状腺：内分泌・糖尿病内科
 心臓：循環器内科 腹部：消化器内科
7. 注意事項
① **紹介状には、下記の情報のご記載をお願いいたします。**
 頚動脈エコー：高血圧、高脂血症、糖尿病、脳血管障害の有無
 甲状腺エコー：依頼目的
 腹部エコー：HBs抗原、HCV抗体、 α 胎児蛋白(AFP)、CEA、CA19-9、GOT、GPT、ALP、 γ GTP、ビリルビン
② 心臓エコーの場合は心電図と胸部X線写真も必要です。ご持参がない場合は、当日検査をさせていただきます。
③ 患者さんに以下のことをお伝えください。
 ・腹部エコーの方は、検査当日の朝食は食べずにご来院ください。
 ・頚動脈エコー・甲状腺エコーの方は、首が出やすい服装で来院ください。
8. 結果報告
原則として3日以内に、検査レポートとCDを貴院へ郵送させていただきます。

お申込先：中京病院 地域医療連携・相談室（月～金 8:30 から 19:00 まで）
電 話：052-691-6886（直通）
F A X：052-691-6053

スクリーニングエコー(超音波)FAX 申込書

【FAX : 052-691-6053】

年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 様

男 ・ 女 () 才 T・S・H・R 年 月 日生

住所 _____ TEL _____

中京病院の受診歴 (あり ・ なし) 診察券 (あり ・ なし)

検査項目の選択 (口にチェックを付けてください。)

☐ 頸動脈 (月～木 14:00)

☐ 甲状腺 (水・木・金 14:00)

☐ 心臓 (月・水・木 15:00)

☐ 腹部 (肝・胆・膵・脾) (月～金 11:30)

検査予約日 : 年 月 日 (曜日)

※あらかじめお電話での仮予約をお願いいたします。

<注意事項>

1. お申し込みの期限は、頸動脈、甲状腺、心臓、腹部ともに前診療日の 17 時までです。

2. 折り返し確認票と検査予約票を返信いたします。

3. 検査当日、患者さんにご持参いただくもの。

・ 診療情報提供書と検査予約票 ※心臓エコーご依頼の場合は、心電図と胸部X線写真

4. 診療情報提供書に記載いただく必要な情報。

・ 腹部エコーでは、「肝炎ウイルス、肝機能、腫瘍マーカーの情報」の紹介状へのご記載

・ 頸動脈エコーでは、「動脈硬化の危険因子と脳血管障害の既往の情報」の紹介状へのご記載

・ 甲状腺エコーでは、「依頼目的」の紹介状へのご記載

5. 腹部エコーの場合、当日の朝食は欠食となることを患者さんにお伝えください。

6. 予約などの事務的なお問い合わせは、地域医療連携・相談室までお願いします。

お申込先：中京病院 地域医療連携・相談室 (月～金 8:30 から 19:00 まで)

電 話 : 052-691-6886 (直通)

F A X : 052-691-6053